

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA

A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM
QUE CONHECIMENTO? QUE CONTEXTOS ?
UM ESTUDO ETNO-SOCIOLÓGICO

Dissertação apresentada para obtenção do grau de mestre.

José Amendoeira

Licenciado em enfermagem

LISBOA

AGRADECIMENTOS

A minha primeira palavra de gratidão dirijo-a ao Sr. Professor Doutor Sérgio Grácio, por ter acreditado neste projecto e ter-me ajudado a construí-lo, através do suporte incondicional essencialmente nos momentos em que a vacilação era maior.

Às enfermeiras, médicos e auxiliares de acção médica, que me permitiram construir os dados, manifestando sempre a disponibilidade própria de quem acredita que a saúde é algo que respeita a cada um, competindo-lhes um papel de interventores enquanto parceiros no processo de cuidados.

Ao Conselho de Administração, com especial ênfase na Sr^a Enf^a Directora, por acreditarem que a Investigação permite essencialmente conhecer melhor a realidade e desta forma terem permitido o trabalho de terreno sem quaisquer restrições que não as impostas pelo investigador, de ordem ético-moral.

À Escola onde trabalho, na pessoa da Directora - Lurdes Asseiro, ter-me possibilitado a gestão das actividades pedagógicas por forma a poder desenvolver o trabalho presente.

Aos colegas que, com quem mais directamente trabalho, Maria do Carmo, Joaquim Simões e Irene Santos, por saberem compreender-me nos momentos em que se tornava mais difícil compatibilizar as actividades pedagógicas com a realização da investigação.

Às professoras Isabel e Alcinda, por terem sido capazes de criar disponibilidade para me ouvir e especialmente à Alcinda pelo tempo que dedicou à leitura do texto que agora se apresenta.

Ao Fernando, o ter sido paciente na compreensão das minhas indicações quando ao processamento informático do texto.

*Dedico este trabalho à minha família, em
especial à Rosinda, à Susana, ao Nuno,
ao Paulo e aos meus pais, José e Layette*

*Parece às vezes que desperto
E me pergunto o que vivi.
Fui claro, fui real, é certo
Mas como é que cheguei aqui?*

Fernando Pessoa

RESUMO

Nesta investigação procurámos estudar o uso que os enfermeiros dão ao conhecimento, quer o que resulta da aprendizagem no processo educativo (saberes teóricos), quer o que resulta do desenvolvimento da profissão (saberes experienciais), numa lógica interdisciplinar.

Partimos do objecto de estudo - **O processo de cuidados como organizador da socialização dos enfermeiros**. Para compreender o processo de cuidados a doentes internados em hospitais, bem como as relações entre o processo de cuidados em meio hospitalar e a socialização dos enfermeiros, investigámos a problemática da formação teórica e da formação prática, enquanto relação dialéctica da investigação.

O hospital foi o local seleccionado, por ser aí que se produzem relações sociais complexas, estabelecidas entre a missão e os actores (Enfermeiros, médicos, auxiliares de acção médica e outros), e onde o doente é simultaneamente alvo e produtor dos cuidados de saúde.

Classificamos o estudo como qualitativo de orientação etno-sociológica, com utilização de técnicas multi-formes de produção de dados (observação participante e entrevista em profundidade), com tratamento dos dados através de análise de conteúdo temática e taxonómica.

Como principais conclusões salientamos:

- O processo de cuidados constitui-se numa "estrutura actancial" de grande complexidade, emergindo da situação social criada pelas necessidades da pessoa (doente) internada, numa rede complexa de campos de acção e de modos de organizar o trabalho dos diferentes actores.
- O doente internado nem sempre é o centro de interesse da referida situação social como seria legítimo, de acordo com a missão da organização, as linhas de política da saúde e o paradigma humanista para a formação dos enfermeiros.
- Os saberes teóricos da enfermagem têm permitido à formação teórica contribuir para uma autonomização da profissão, preconizando que o centro de interesse do trabalho das enfermeiras é a pessoa saudável ou doente.
- A formação em enfermagem, alicerçada nos saberes experienciais, profissionais e organizacionais, atribuem sentido forte à necessidade de contextualizar os cuidados, tendo em consideração os modelos de cuidar próximos do paradigma humanista, onde a "normatividade" adquire uma importância grande na perspectiva da "socialização" que se realiza interpares, mas com grande ênfase nas normas e valores da organização.
- A interdisciplinaridade parece ficar claramente evidenciada na cooperação entre enfermeiras e médicos, alicerçada nos saberes teóricos e profissionais, sendo que pelas diferentes orientações paradigmáticas, se constituem como geradores de conflitos.
- As estratégias para o exercício das autonomias, passam pela valorização forte da "divisão do trabalho" alicerçada num paradigma que valoriza teoricamente o doente como centro de interesse, fazendo com que esta seja uma forma de atribuição de poder às enfermeiras, não como atributo, mas baseado na relação interpessoal que lhes permite conhecer melhor alguns doentes.
- Utilização de um processo heurístico de organização do trabalho, tanto pelas enfermeiras como pelos médicos, com valorização: do contextual e do jogo, na lógica das zonas de incerteza que emergem do confronto dos diferentes actores, na acção.

RESUMÉ

En cette recherche nous essayons d'étudier l'usage que les infirmiers donnent à la connaissance celle que résulte du processus d'éducation (savoirs théoriques), celle qui devient du développement de la profession (savoirs expérimentiels), dans une logique interdisciplinaire.

Notre objet d'étude est - **La démarche de soins comme organisateur de la socialisation des infirmiers**. Pour comprendre la démarche de soins aux malades dans les hôpitaux, bien que les relations parmi la démarche de soins au milieu hospitalier et la socialisation des infirmiers, nous avons investigué la problématique de la formation théorique et la formation pratique, comme une relation dialectique de l'investigation.

L'hôpital a été le lieu sélectionné, parce que c'est un contexte où des relations sociales complexes sont produites, établies parmi la mission et les acteurs (infirmiers, médecins, auxiliaires d'action médicale, et autres), où le malade est simultanément le centre d'intérêt et le producteur de soins de santé.

Nous classifions l'étude comme qualitative avec une orientation ethno sociologique, avec l'utilisation des techniques multiformes de production de données (observation participante et interview en profondeur), avec l'analyse de données par l'analyse de contenu thématique et taxonomique.

Nous saluons comme conclusions principales:

- La démarche de soins est une "structure actuelle" très complexe, avec la présence dans la situation sociale créée par les besoins de la personne (malade) internée, dans une trame complexe des champs d'action et des modes d'organisation du travail des plusieurs acteurs.
- Le malade interné n'est toujours pas le centre d'intérêt de la situation sociale comme serait légitime et d'accord avec la mission de l'organisation les lignes politiques de la santé et le paradigme humaniste dans la formation des infirmiers.
- Les savoirs théoriques du nursing ont permis à la formation théorique à contribuer pour l'autonomisation de la profession, avec la présupposition que la personne malade ou avec santé est le centre du travail des infirmiers.
- La formation en nursing, basée aux savoirs expérimentiels professionnels et organisationnels, donne un sens fort à la nécessité de la contextualisation des soins, en considérant les modèles de soigner prochains du paradigme humaniste, où la "normativité" acquise une importance très grande dans la perspective de la socialisation qui se réalise interpartenaires mais avec grande importance aux normes et valeurs de l'organisation.
- L'interdisciplinarité nous paraît clairement évidente dans la coopération parmi infirmières et médecins, basées aux savoirs théoriques et professionnels, que par différentes orientations paradigmatiques, se constituent comme générateurs des conflits.
- Les stratégies pour l'exercice des autonomies valorisent très fort la "division du travail" basée dans un paradigme, qui valorise théoriquement le malade comme centre d'intérêt, et auquel on attribue le pouvoir aux infirmières, pas comme attribut, mais basée à la relation interpersonnelle qui lui permet de connaître mieux quelques malades.
- Il y a l'utilisation d'un processus heuristique de l'organisation du travail, par les infirmières et médecins, avec valorisation: du contextuel et du jeu, dans la logique des zones d'incertitude qui émergent du confront des différents acteurs, dans l'action.

ABSTRACT

In this research we decided to study the way nurses use knowledge, as for what became from learning on educational process (theoretical knowing), as for the one that result from professional development (experiential knowing), in a interdisciplinary logic.

Our study object is: **Caring process as organizer of nursing socialization**. To understand caring process with (patient) interned at hospital, as well as relation between caring process at the hospital and nursing socialization, we studied the problematic of theoretical and practical education as a dialectic relation of research.

Hospital was the field we have choose, because is a place where are produced complex social relations, developed between mission and actors (nurses, doctors, health helpers and others), and where the patient is at the same time a target and a producer of these caring process.

This is a qualitativ study as etno sociological orientation, where we have used multiform tecnicas to produce data (participant observation and deep interview), with data treatment by thematic and taxonomic analysis.

These are the principal conclusions:

- Caring process is an "actional structure", very complex, emergent from social situation developed around patient needs, in a complex root of action fields and ways of organizing work by different actors.
- Patient in hospital is not all the time the interest center of that social situation as it would be, according organization mission; health politics and human paradigm in system of nurses education.
- Theoretical knowing of nursing have allowed to theoretical education, to contribute to a professional autonomization, pressuposing the interest center of the nurses work, is the healthy or sick person.
- Nursing education, based in experiential, professional and organizational knowing, consider very important to contextualize caring, having in consideration caring models near humanist paradigm, where "normativity" acquire a major influence in a socialisation perspective, realised interpartners, but whith a major emphasis in norms and organization values.
- Interdisciplinarity seems to be clearly present in cooperation between nurses and doctors, based in profesional ant theoretical knowing, (as far being by different paradigmatic orientation, they constitute conflicts generators).
- Strategies for the exercise of authonomy, passed through the strong valuerization of work division, based on a paradigm wich values theoretically the interest center of the patient, making this powerfull for nurses, not as na attribut, but based in the interpersonal relation, that gives them the power to know better some of the patients.
- The usage of an heuristic process of work organization as for nurses and doctors, with valorization of contextual game in a darkness zone logic, emerging from the confront between different actors, in action.

ÍNDICE DE FIGURAS

	f.
Figura 1 – Construção cognitiva de um saber em enfermagem	68
Figura 2 – Sistema de acção concreto	104
Figura 3 – Representação esquemática da situação social	135
Figura 4 – Esquema dos locais de observação	149
Figura 5 – Sistema de acção concreto - Esquema de análise	162
Figura 6 – Relação inteligível entre as categorias da dimensão "campos de acção" e os diferentes actores	181
Figura 7 – Um dia na unidade de internamento com as enfermeiras	194
Figura 8 – Um dia na unidade de internamento com as auxiliares	206
Figura 9 – Um dia na unidade de internamento com os médicos	210
Figura 10 – Análise comparativa dos diferentes modos de organizar o trabalho na unidade de internamento.	213
Figura 11 – Sentido atribuído pelos actores do processo de cuidados, às dimensões e categorias emergentes dos PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	224
Figura 12 – Esquema síntese de aspectos que caracterizam a interacção social dos diferentes actores no contexto de trabalho, nas categorias interacção/delegação	245
Figura 13 – Representação esquemática de colaboração e conflito entre os diferentes actores do processo de cuidados	249
Figura 14 – Posição dos actores face às diferentes categorias emergentes da INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO	263
Figura 15 – Valorização dos actores do processo de cuidados, face às categorias emergentes da PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES E FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS	278
Figura 16 – Os diferentes actores na construção social do doente - Que paradigma valorizam?	290

ÍNDICE DE QUADROS

	f.
Quadro nº 1 – Sinopse cronológica da evolução dos planos de estudo, da formação de enfermeiros da década de 50 à integração no Ensino Superior Politécnico	51
Quadro nº 2 – Aspectos caracterizadores do currículo de formação em enfermagem na Escola	58
Quadro nº 3 – Classificações obtidas no concurso de acesso pelos candidatos admitidos no ano lectivo 96/97	60
Quadro nº 4 – Paradigmas nas profissões de saúde	93
Quadro nº 5 – As quatro dimensões da organização, segundo Crozier e Friedberg (Adaptado, p.56)	97
Quadro nº 6 – O raciocínio estratégico e o raciocínio sistémico - Principais características	101
Quadro nº 7 – Contraste entre a visão substantiva e processual das organizações	107
Quadro nº 8 – Caracterização dos actores intervenientes na investigação	141
Quadro nº 9 – O "espaço físico" e o "espaço social" na investigação	147
Quadro nº 10 – Unidades de contexto por área temática	155
Quadro nº 11 – Unidades de análise e categorias	156
Quadro nº 12 – Dimensões emergentes da observação participante	157
Quadro nº 13 – Relação entre as dimensões e categorias por área temática	167
Quadro nº 14 – Relação entre as dimensões e categorias, no tema - PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	170

	f.
Quadro nº 15 – Relação entre as dimensões e categorias no tema: INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO	228
Quadro nº 16 – Relação entre as dimensões e categorias no tema: PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS	268
Quadro nº 17 – Caracterização dos doentes alvo de cuidados pelas enfermeiras, quanto à idade	282
Quadro nº 18 – Caracterização dos doentes alvo de cuidados pelas enfermeiras acompanhadas, quanto ao nível de dependência	283
Quadro nº 19 – Relação entre as dimensões e categorias no tema: A CONSTRUÇÃO DA TIPOLOGIA DOS DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS	283

ÍNDICE

	f.
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	13
 PARTE A – UMA ABORDAGEM ETNO-SOCIOLÓGICA DA FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS	 16
1 – A SOCIOLOGIA COMPREENSIVA NA CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO SOCIOLÓGICO	17
1.1 – O LUGAR DA ETNOGRAFIA NUM ENQUADRAMENTO CONSTRUTIVISTA	24
1.2 – A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS 5 DÉCADAS	36
1.2.1 – O(s) modelo(s) de formação em enfermagem	36
1.3 – A AUTONOMIZAÇÃO DO DOMÍNIO DA ACTIVIDADE DE ENFERMAGEM	72
1.4 – A ORGANIZAÇÃO COMO CONTEXTO DE FORMAÇÃO/ SOCIALIZAÇÃO	108
 PARTE B – CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL DA INVESTIGAÇÃO	 126
1 – A INVESTIGAÇÃO ATRAVÉS DA RELAÇÃO SOCIAL	127
2 – DESENHO DO ESTUDO	129
3 – O ACESSO AO ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO	132
4 – OS ENCONTROS COM OS ACTORES DO TERRENO	139
4.1 – O INTERCONHECIMENTO E O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO	141
5 – TRATAMENTO DOS DADOS	153
6 – ANÁLISE INTELIGÍVEL DOS DADOS	158

PARTE C – O PROCESSO DE CUIDADOS COMO CONSTRUCTO SOCIAL	164
1 – A FORMAÇÃO E O TRABALHO: UMA RELAÇÃO DIALÉCTICA? .	165
2 – PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	170
3 – INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO	228
4 – PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES E FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS	268
5 – A CONSTRUÇÃO DA TIPOLOGIA DE DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS	282
6 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	293
7 – ÍNDICE GERAL	302
8 – BIBLIOGRAFIA	305
ANEXOS	316
Anexo 1 - Cartas ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital ...	317
Anexo 2 - Caracterização dos actores investigados	318
Anexo 3 - Objectivos e explicitação das entrevistas	319
Anexo 4 - Objectivos e guião de observação participante	320

APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO

O tema desta investigação é - o processo de cuidados ao doente internado no hospital, como organizador da socialização dos enfermeiros.

Nesta investigação procuramos essencialmente estudar o uso que os enfermeiros dão ao conhecimento, quer aquele que resulta da aprendizagem do processo educativo (saberes teóricos), bem como aquele que resulta do desenvolvimento da profissão, numa lógica não só unidisciplinar mas sim pluri e transdisciplinar (saberes experienciais e profissionais).

Nesta linha, o estudo tem como referência as mudanças sociais (na saúde), na perspectiva endógena e exógena, na medida em que os enfermeiros fazem parte de uma equipa multidisciplinar, onde, para além deles, actuam no processo de cuidados outros actores.

Do geral, interessa-nos estudar o particular como problema teórico no que respeita ao processo e às condições locais que permitem associar dois tipos de saberes usados na acção: o saber prático e o saber teórico. E por outro lado também o que no contexto cria alguma dissociação entre estes dois saberes.

A investigação ao ser desenvolvida por um professor de enfermagem, procura mobilizar os conhecimentos da sociologia para poder essencialmente questionar o real, o quotidiano, numa perspectiva que lhe permita construir um objecto teórico de análise que rompa com a tradição da investigação em enfermagem baseada em paradigmas positivistas.

O construtivismo, a reflexividade, a interpretação e compreensão e mesmo a racionalidade, serão entre outros, conceitos base a esta investigação. Pelo facto deste ser um trabalho em que a reflexividade tem um lugar privilegiado, nesta fase inicial procuramos fazer aquilo a que se poderá chamar a Biografia Profissional no campo da Enfermagem, bem como a posição profissional enquanto enfermeiro e ainda como professor de enfermagem.

Ao pretendermos compreender o processo de cuidados a doentes internados em hospitais, bem como estudar as relações entre o processo de cuidados em meio hospitalar e a socialização dos enfermeiros, colocamo-nos perante a questão da formação teórica e da formação prática, isto é, da formação e do trabalho. Exactamente nesta lógica da relação com os dois tipos de saberes – o saber teórico e o saber prático.

Isto fez com que desde uma fase muito inicial do nosso trabalho, tivéssemos considerado e dado uma maior ênfase ao foco da associação entre “os fazeres” e “os saberes”,

procurando de facto entrar naquilo que designamos pelo universo simbólico e explícito que é colectivamente produzido no trabalho, pelos grupos que constroem o processo de cuidados.

Interessa-nos pois, nessa lógica não separar as práticas e aquilo que leva as pessoas a desenvolverem determinadas práticas, mas sim procurar compreender, daquelas práticas, as acções e os «pensamentos» sobre essa mesma acção ou conjunto de acções, que são efectivamente desenvolvidas.

Em vários momentos do texto procuramos enfatizar o processo de construção da investigação, introduzindo elementos que caracterizem uma certa descrição cronológica a fim de dar conteúdo a um dos principais traços deste trabalho – que é o de teorizar e explicitar o processo de cuidados como organizador da socialização do enfermeiro, isto através da Sociologia, e fazê-lo quer por via da reflexão sobre a relação social de investigação que desenvolvemos com os diferentes actores da construção do processo de cuidados, quer por via da reflexão alicerçada numa cultura de investigação que não tem enformado a investigação em enfermagem, em Portugal.

Reflectir sobre o processo de socialização e da importância que o processo de cuidados tem como organizador da socialização, em simultâneo com o próprio processo de investigação, permitiu-nos tomar consciência dos avanços e recuos, dos pressupostos e improvisações, das teorizações e da tentativa de objectivação da intersubjectividade partilhada essencialmente com enfermeiros, tornando-nos mais permeáveis a inseguranças, dilemas e incertezas.

Por outro lado esta abertura fez com que não tivéssemos a preocupação de delimitar “a priori” os conceitos teóricos centrais, mas em que estes conceitos foram sendo construídos e explicados à medida que a sua utilização se impunha. Isto é, termos construído ao longo do trabalho de investigação esses mesmos conceitos e não apenas e só com base num enquadramento teórico definido “a priori”.

A fim de conseguirmos atingir o que nos propunhamos, desenvolvemos uma estratégia alicerçada nas sociologias interpretativas, aproximando-nos da estratégia etnográfica em que valorizámos o auto-conhecimento e a reflexividade sociológica como “instrumentos” para a construção dos dados empíricos ao longo de cerca de um ano de trabalho de campo.

O texto deste trabalho, organiza-se em 3 partes.

A parte A, desenvolveu-se ao longo de um capítulo com várias secções e sub-secções, onde pretendemos reflectir sobre as questões da investigação tanto numa perspectiva

metodológica como epistemológica. Neste sentido, incluímos os principais aspectos relativos à construção de um objecto de estudo sólido, mobilizando a importância do auto-conhecimento e conhecimento mútuo, bem como elementos auto-biográficos do investigador que conduzem à decisão por uma determinada via de investigação que se situa numa perspectiva construtivista, através da etnografia. Partimos da compreensão da acção social e da importância dos actores, o que nos levou à procura da clarificação do conceito de “cultura de enfermagem”.

A legitimidade do contexto de investigação, constrói-se com base nesta lógica e alicerça-se numa problemática teórica, onde procurámos cruzar os contributos da sociologia e da enfermagem, a fim de constituirmos o nosso núcleo teórico.

A parte B, contém seis (6) capítulos. Nesta parte do trabalho procurámos apresentar a construção do espaço social da investigação.

No capítulo 1, procurámos clarificar o nosso posicionamento face ao estatuto da “relação social” nesta investigação.

No capítulo 2, caracterizámos o estudo, clarificando a evolução do mesmo desde a fase mais iniciática.

No capítulo 3, apresentámos pormenorizadamente o(s) acesso(s) que fizémos ao espaço da investigação nos diversos e diferentes momentos do mesmo.

No capítulo 4, referimo-nos ao trabalho de terreno desenvolvido com os diferentes actores da investigação empírica, com ênfase nas metodologias utilizadas. A valorização do que designamos pelo interconhecimento e o contexto de investigação, que nos possibilitou essa mesma investigação através da relação social, surge desenvolvida no capítulo 4.1 onde se trabalham as questões metodológicas relacionadas com as técnicas de construção de dados, bem como os lugares e tempos de permanência no Hospital. Nos capítulos 5 e 6, apresentamos sinteticamente os modos de tratar e analisar os dados, respectivamente.

A parte C, que designámos por – o processo de cuidados como constructo social, é constituída por sete capítulos, e algumas secções. Nos primeiros cinco capítulos analisamos e discutimos os dados empíricos produzidos, através de uma lógica construtivista.

No capítulo 6, apresentamos as conclusões parcelares gerais do estudo, bem como as principais sugestões emergentes desta investigação.

**PARTE A: UMA ABORDAGEM ETNO-SOCIOLÓGICA DA FORMAÇÃO DE
ENFERMEIROS**

**1 – A SOCIOLOGIA COMPREENSIVA NA CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE
ESTUDO SOCIOLÓGICO**

Olhar a realidade, colocando-nos nas situações ora como “outsiders”, ora como “insiders”, é o que nos propomos fazer neste estudo.

A construção que fizemos da realidade, no que concerne aos dois campos de acção onde nos situamos - a saúde e a educação, baseou-se numa perspectiva não tanto do construtivismo pelo questionamento sistemático do quotidiano, mas muito pela reprodução simples do que era a realidade, numa perspectiva determinista.

Aprendemos (fomos socializados) que eram características próprias de um “bom enfermeiro”, ser educado, ser leal, ser justo, saber ouvir, ser capaz de fundamentar as suas acções e ser capaz de argumentar com “outros” quando não se estivesse de acordo com as “suas” prescrições.

Enquanto actores individuais numa organização aprendemos a respeitar as normas e as regras existentes, não sendo reconhecida legitimidade para as discutir, sobretudo se éramos estudantes ou enfermeiros recém-formados.

Enquanto agentes sociais, que deveríamos reproduzir o que nos era ensinado, devíamos essencialmente ser simpáticos, ser empáticos, sermos capazes de ajudar os outros; não mostrar aos outros os nossos sentimentos, os nossos problemas, as nossas dificuldades, enfim não nos envolvermos com os que necessitam de nós.

Durante alguns anos, e essencialmente a partir da formação inicial que desenvolvemos, parecia-nos óbvio que era necessário questionar “esta realidade” de outras formas, mas só há pouco tempo descobrimos que não era apenas intuição, mas que havia a possibilidade de desenvolver estes questionamentos numa base metodológica. Apoiamo-nos no que Weber postula, segundo Pinto (1988) “no centro das preocupações das ciências sociais, Max Weber coloca a acção humana, entendida como acção de sujeitos conscientes, como acção dotada de sentido (subjectivo ou, no caso particular de «acção social» intersubjectivo)”.

Mas, a descrição que fizemos anteriormente, pode ser atribuída a um qualquer actor que se situa num campo relacional com outros actores, isto é que estabeleça e desenvolva relações sociais numa dada estrutura?

Os “campos” em que estas relações sociais ocorrem e se desenvolvem, podem ser diversos e multifacetados, no entanto, privilegiamos a reflexão nos campos da Educação e da Saúde.

São campos de acção complexos, onde se desenvolvem interacções e interdependências que muitas vezes se caracterizam por relações de poder e contra poder, por jogos implícitos (escondidos) e explícitos, em que os actores desenvolvem estratégias mais ou menos claras de negociação, na perspectiva de atingirem os interesses que lhes são próprios (ou que são por eles considerados legítimos).

Procuramos situar-nos num “espaço” que junta, que liga os dois campos referidos (somos professor de enfermagem) assumindo um papel de “analista social”, que conhece (por dentro) os campos, essencialmente na dimensão: linguagem utilizada.

O que pretendemos é mobilizar esse saber construído, numa lógica de sociologia do conhecimento, que possibilita questionar o real e o quotidiano, sobre a influência e o poder / o domínio, e fazê-lo numa perspectiva construtivista. Partir do senso comum e das pré-noções não como o lado negativo do saber sociológico, mas antes tentar incorporar de forma sistemática, no processo de produção e validação de conhecimentos sobre o social, não só como matéria-prima mas mesmo como insubstituível meio de trabalho, essas mesmas manifestações do sentido vivido de acção humana independentemente da margem de ilusão que possam conter (Pinto, 1991).

Nesta perspectiva tornou-se interessante compreender o que é “estipulado”; quais são as regras “explícitas” nestes campos de acção; mas também aquilo que muitas vezes é “feito” em nome de uma intervenção mais adequada, isto por exemplo quando nos reportamos à questão da decisão “pelo doente” e não “com o doente” ou de forma semelhante “pelo aluno” e não “com o aluno”.

Quem deterá efectivamente o poder? O exercício do poder estará relacionado com o “conhecimento” que se possui?

De que forma o grau académico é importante para o “poder” que os actores possuem ou mobilizam? E a relação entre o grau académico e o prestígio?

Parece-nos legítimo, pretendermos centralizar o foco do estudo na cultura ou culturas do “processo de cuidados”, inerentes à enfermagem enquanto profissão, na constelação das profissões de saúde, não só por ser o nosso “campo de intervenção” mas também por considerarmos ser um problema de discussão pertinente em sociedade.

Ao interrogarmo-nos sobre a forma ou formas de desenvolver este questionamento, fomos de novo apoiar-nos em Weber, na medida em que para este sociólogo, o recurso ao depoimento dos actores sociais sobre a sua própria existência, tendo em vista apurar

as causas subjectivas avaliadas da acção, passa a constituir uma via técnico-metodológica a explorar, com total legitimidade, pela sociologia (Pinto, 1991).

É assim que, a partir de Weber parece ter ficado aberto o caminho para o desenvolvimento de uma tecnologia de pesquisa empírica, diferente daquela que era preconizada pelo paradigma positivista.

Procurámos desenvolver esta investigação, considerando-nos a nós próprios como investigador pragmático metodólogo, utilizando estratégias e operações no âmbito da pesquisa de terreno (Burgess 1997, p.5), com a finalidade de obter respostas a certas perguntas acerca dos acontecimentos que nos interessam.

A construção do objecto de estudo sociológico

No essencial, o nosso interesse centra-se no modo pelo qual diferentes pessoas conhecem, interpretam e estruturam as suas vidas (ou formas de vida profissional) não pretendendo ocupar-nos da estrutura da experiência individual, mas antes numa perspectiva de análise social, das propriedades de estruturação que permitem a delimitação de tempo-espaço e sistemas sociais, às propriedades que possibilitam a existência de práticas sociais discernivelmente semelhantes por dimensões variáveis de tempo e de espaço, e lhes emprestam uma forma sistémica (Giddens, 1989, p.13). Consequentemente os métodos de investigação que usámos, desenvolveram-se em relação com estas perspectivas ou orientações teóricas, que estão relacionadas com o modo como o mundo social é estruturado pelos participantes. Procurámos não “embarcar” na dicotomia, teoria / metodologia (Bourdieu, 1989, p.24), na medida em que ela pode constituir-se numa oposição epistemológica, uma oposição constitutiva de divisão social do trabalho científico, num dado momento.

Efectivamente, as opções técnicas consideradas mais «empíricas» são inseparáveis das opções mais teóricas da construção do objecto.

É em função de uma certa construção do objecto que um determinado método de amostragem, uma certa técnica de recolha de dados ou de análise dos mesmos, se impõe.

O nosso posicionamento afasta-se do que se pode designar por construtivismo estruturalista, que se alicerça nas estruturas sociais (Bourdieu, 1989), aproximando-se mais do construtivismo fenomenológico, que parte dos indivíduos e das suas interacções, no quotidiano, considerando-se a actividade dos actores sociais apoiada e reproduzida quotidianamente em aspectos estruturais de sistemas sociais mais amplos (p.19).

Quando iniciámos esta investigação não tivemos a preocupação de concretizar imediatamente as técnicas, procedimentos ou metodologias por, através de orientação científica do nosso orientador (Prof. Dr. Sérgio Grácio), considerarmos ser esta a postura adequada ao desenvolvimento da investigação.

Apoiámo-nos, no entanto, em considerações teórico-metodológicas sobre estudos intensivos e estudos de caso, bem como em investigação por nós realizada em 1993.

Como é óbvio e na procura da construção de um objecto de estudo sólido, muitas dúvidas se nos colocaram, tendo-se procurado o esclarecimento tanto na orientação científica do professor, bem como e também muito alicerçadas na auto-reflexão sobre a vida quotidiana, a já referida investigação e as aprendizagens feitas na formação sociológica em que estamos envolvidos.

Valorizámos essencialmente os processos de construção social do conhecimento na vida quotidiana, numa perspectiva de análise da lógica prática através da sociologia (reflexiva), permitindo-nos assim a ruptura com as pressuposições do senso comum, vulgo ou douto, onde correríamos o risco de mobilizar o conhecimento mútuo como crente falível e não como conhecimento, (Giddens, 1989, p.273).

A sociologia do conhecimento deve ocupar-se essencialmente do que os homens conhecem como realidade na sua vida quotidiana. É assim que o conhecimento do senso comum e não as ideias, deve ser o foco central da sociologia referida.

O conhecimento socialmente existente, não pode ser plenamente compreendido se não for colocado na estrutura de uma análise mais geral do conhecimento. É que as formulações teóricas da realidade, quer sejam científicas ou filosóficas, não esgotam o que é real para os membros da sociedade (Berger e Luckmann, p.29).

Nesta perspectiva qualquer investigação deve assentar sobre o reconhecimento de que os factos humanos são sempre factos interpretados. (...) A consciência dos actores é o elemento constitutivo do universo social, consistindo o mundo no que eles concebem como tal.

Segundo Schutz o objectivo central da sociologia é o conhecimento do senso comum – as imagens e as noções construídas no decurso da vida de todos os dias e que desenhem o stock partilhado pelos membros de um dado grupo, as maneiras de pensar e de sentir que lhe são comuns.

Considerando o pressuposto anteriormente referido, atribuindo importância ao conhecimento do senso comum, numa perspectiva de valor para a “construção social da reali-

dade” através de um questionamento sistemático, iremos reflectir sobre o que consideramos ser a realidade da vida quotidiana.

Ao considerar-se este como um mundo coerente, parte-se do princípio que os homens atribuem subjectivamente um sentido à sua conduta em sociedade, que permite a construção intersubjectiva do senso comum.

Por outro lado, surge como imprescindível a linguagem, enquanto «possibilitadora» das objectivações, que dotam de significado os objectivos (sinais) que preenchem esta vida.

Esta é a questão relacionada com o facto de que, enquanto as rotinas da vida quotidiana continuarem sem interrupção, são apreendidas como não problemáticas.

Mas, se é preciso objectivar os esquemas do “senso prático”, não é para provar (Bourdieu, p.43) que a sociologia nunca poderá ser mais que um ponto de vista acerca do mundo, nem mais, nem menos científico que outro qualquer, mas para subtrair a razão científica à razão prática, para impedir que esta chegue a contaminar aquela, para evitar que se trate como “instrumento do conhecimento”, aquilo que deveria ser “objecto do conhecimento”, isto é, tudo o que faz o sentido prático do mundo social: os pressupostos, os esquemas de percepção e de compreensão.

Se partirmos do pressuposto que a sociologia é uma ciência que se propõe compreender, por interpretação a actividade social e assim explicar o seu desenvolvimento, o que nos propomos fazer é compreender a actividade enquanto comportamento humano (não nos importando se se trata de um acto exterior ou íntimo, de uma omissão ou de uma tolerância) quando o agente ou agentes, lhe comunicam um “sentido subjectivo”, numa lógica de “actividade social”, como aquele em que o sentido visado pelo agente ou agentes, se refere ao comportamento de outrem, em relação ao qual o seu desenvolvimento se orienta.

Enfim, a sociologia parte da acção e da interacção, parte do sentido subjectivo e intersubjectivo.

Pretendemos encaminhar as questões que nos orientam na reflexão e no estudo, partindo do pressuposto que o objecto sociológico decorre do problema social, mas é uma abstracção não existindo na prática, em termos visíveis. É um “facto” a ser conquistado, construído e constatado, (Grawitz, 1990, p.424).

Importa também termos a noção de que “cada tema de investigação comporta um objecto diferente e cada construção devia portanto adaptar-se ao objecto a construir...” sendo

importante “aplicar a inteligência e as qualidades contraditórias do investigador: intuição; rigor; conhecimentos e imaginação; sentido do real e abstração”. (p.422).

Numa lógica da reflexão que temos vindo a desenvolver, consideramos como objecto de estudo:

- O processo de cuidar como organizador da socialização do enfermeiro.

A investigação desenvolver-se-á no contexto de internamento hospitalar onde se produzem relações complexas que se estabelecem entre a missão (finalidades, estratégias e actividades) e os actores nesta organização, em que valorizamos o doente como alvo do trabalho, mas simultaneamente como o principal produtor do mesmo.

Sabemos da existência de diferentes papéis e consequentemente estatutos diferentes na produção de cuidados, e decorrentes dessa mesma produção, a existência de jogos de poder e de estratégias de negociação entre os diferentes actores.

É neste contexto que os estudantes de enfermagem são integrados numa perspectiva de socialização secundária.

Como objectivos do nosso estudo, pretendemos:

- Compreender o processo de produção de cuidados aos doentes internados em Hospitais.
- Estudar as relações existentes entre o processo de cuidados em meio hospitalar e a socialização dos enfermeiros.

Colocamos algumas questões, que pretendemos sejam orientadoras da nossa investigação:

1. O sistema de formação em enfermagem dota ou não os indivíduos de competências profissionais?
2. Os contextos de trabalho são ou não produtores de dicotomia entre a enfermagem real e a enfermagem ideal?
3. Porque é que os modelos de cuidar não se adaptam de forma igual em todas as situações onde existe processo de cuidados?
4. Como é que a formação tem sido promotora da elevação do estatuto dos cuidados de enfermagem como disciplina?

Estas questões assim formuladas constituíram-se como que um eixo de investigação, através da questão teórico-metodológica: Qual o estatuto da formação em enfermagem pela interdisciplinaridade em contexto de trabalho?

Como chegamos à etnografia

Uma das preocupações que tivemos foi a de não sermos “apanhados no objecto”, pelo facto de tomarmos para objecto o senso comum e a nossa experiência que foi de alguns anos enquanto enfermeiro e é há muitos outros de professor de enfermagem, razões porque, se por um lado temos uma convivência com o “processo de cuidados” durante alguns anos, temos desenvolvido, nos últimos destes, o conhecimento experiencial na formação/socialização de enfermeiros.

Para além de evitarmos ser “apanhados no objecto”, interessa-nos aprender a não transportar para a ciência tudo o que torna possível a experiência dóxica do mundo social, isto é, não só a construção pré-construída deste mundo, mas também os esquemas cognitivos que estão na origem da construção da imagem do que é ser-se enfermeiro.

Por outro lado parece-nos que na prática da investigação ninguém é puramente ortodoxo, tendo sido para nós importante o estudo aprofundado destas questões, por forma a evitarmos o risco do erro sociológico, se arriscarmos substituir a doxa ingénua do senso comum pela doxa do senso comum douto, que atribui o nome de ciência a uma simples transcrição do discurso do senso comum (Bourdieu, 1989, p.44).

Esta postura tem a ver com a questão do confronto entre o conhecimento científico e o conhecimento do senso comum, em que se funciona muito na prática e à qual a etnografia parece conseguir dar resposta, numa perspectiva essencialmente metodológica.

Fazer etnografia, pressupõe uma presença durável e continuada do investigador no terreno, aqui constituído pelo quotidiano comum e regular, implicando interconhecimento pessoal, dependências e solidariedades funcionais e hierárquicas, e socialização local dos indivíduos e gerações mais novas (Beatie, 1980, 37-38).

A nossa presença durável e continuada, consideramo-la alargada aos diferentes momentos da investigação que temos feito, bem como à postura que temos procurado manter como formadores/socializadores e que pretendemos descrever em momentos seguintes deste trabalho.

No nosso trabalho de investigação numa unidade de internamento hospitalar, a descrição do trabalho de terreno aplica-se à dimensão processo de cuidados, restringindo-se assim os «encontros» a uma parte do dia, a parte relativa à actividade profissional com maior ligação ao objecto de estudo que estamos a desenvolver.

Trata-se de uma cultura local, particularizada no âmbito profissional.

1.1 – O LUGAR DA ETNOGRAFIA NUM ENQUADRAMENTO CONSTRUTIVISTA

A investigação etnográfica desenvolvida através da presença do investigador num local e a observação continuada das interacções entre os actores, a fim de compreender a lógica das construções simbólicas dos diferentes grupos, foi a nossa principal preocupação.

Simultaneamente, esta metodologia permite-nos criar o distanciamento cognitivo com base num esquema conceptual e teórico que integre as interacções observadas, num sistema de relações sociais (estrutural e conflitual), pluridimensional e complexo, sem existir (no investigador) a preocupação pragmática dos actores envolvidos nas situações observadas, no âmbito do processo de cuidados. Há um elemento etnográfico de recolha de informação e de observação estrita, que é tentar perceber pelas “interacções”.

Esta é a forma de podermos construir algumas hipóteses, sobre qual será, ou qual poderá ser a lógica de funcionamento daqueles actores para agirem daquela maneira e não da forma como nós agiríamos.

Quando conseguimos recolher estas pistas e colocar algumas interrogações, que têm sentido para os actores e para os seus problemas, digamos que conseguimos mediar teoricamente o problema, conseguindo desta forma organizar a nossa problemática teórica.

Esta lógica, conseguimos-la pela grande integração no quotidiano do trabalho, na dimensão que se situa nas “estruturas informais” que organizam o trabalho dos actores, não diremos de forma inconsciente, mas de que possuem uma certa consciência prática, isto é, não se referem explicitamente, mas quando se fala delas, até as reconhecem como existentes.

Se o investigador, durante o processo de investigação se pôs em causa, isto é, duvidou das suas certezas, significa que há necessariamente uma «demarche» que não é só metodológica, mas também sociológica, quando conseguimos construir uma distância relativamente ao envolvimento que temos.

É assim que verificamos até que ponto vivemos ou não o nosso etnocentrismo, e de que forma e em que medida o conseguimos relativizar.

As relações interpessoais que se desenvolvem, visam criar uma empatia com “o outro”, procurando-se criar o “distanciamento cognitivo” através de:

1. Obter informação sobre a cultura local;
2. Fazer a ruptura com o senso comum, enquanto acto epistemológico da prática da ciência no âmbito de uma perspectiva racionalista (Pinto e Silva, 1987), por forma a:
3. Recusar as racionalizações da prática dos actores sociais e as experiências etnocêntricas do investigador como princípios base da explicação científica (Silva, 1987).

Este confronto, permitirá a ruptura epistemológica apoiada num pressuposto construtivista social (Mehan, 1982), no qual se considera que o novo conhecimento se constrói a partir daquilo que está já apropriado e organizado e que, por isso, vai permitir a comunicação, a interpretação e a explicação hipotética iniciais (Pinto e Silva, 1987, 10). No momento seguinte, a fim de evitar a redução da eventual novidade ao já conhecido (tipo de apropriação mais comum à vida quotidiana de qualquer indivíduo), isto é, antes de recontextualizar a cultura local, por via da escrita (retalhando-a, abstraindo-a e simplificando-a) na teoria científica, o investigador dá-se ao trabalho de recontextualizar as suas vivências sociais na interacção com os grupos sociais em estudo.

É esta «tensão» entre o conhecido e o novo que procurámos mobilizar ao longo de toda a investigação, valorizando aquilo que se situa no espaço entre a consciência prática e a consciência discursiva, referido por Giddens, na medida em que procurámos apanhar a estrutura que não é independente da consciência dos actores, ainda que nem sempre estes tenham consciência de que se organizam explicitamente como no discurso, (Giddens, 1989,p.35-36).

Esta tensão surge essencialmente pela comparação que realiza nas situações observadas, entre o que os actores sociais fazem, dizem e pensam e o que ele (investigador) faria, diria e pensaria naquelas mesmas situações.

Esta sistematização parece conter um paradoxo (Caria, 1994, 38) ao pretender obter rupturas com o senso comum através de uma familiaridade com o próprio senso comum dos actores envolvidos nas situações sociais estudadas.

O mesmo autor coloca duas questões que nos parecem extremamente oportunas: não se enfrentará o combate ao etnocentrismo do investigador, de forma mais objectiva, só através da teoria? Ao introduzir a necessidade de cultivar a familiaridade com o objecto,

não estaremos no mesmo momento a limitar a nossa capacidade para nos distanciarmos cognitivamente dele?

A resposta a estas duas questões passa pelo facto do trabalho etnográfico mobilizar o etnocentrismo do investigador como forma de identificar a cultura, no sentido do colectivo, quando há um quotidiano de vivências que têm que ser geridas pelos próprios actores, necessitando construir um conjunto de cumplicidades baseadas em relações de amizade, de envolvimento afectivo e emocional, de conflitos.

Num primeiro momento, o investigador torna-se distante do que lhe é familiar e num segundo momento torna-se familiar àquilo que lhe é exótico e diferente (Costa, 1987, 147).

Quando o investigador consegue confrontar a “sua” cultura com “aquilo” que observa no contexto, está a descentrar-se de si e da sua cultura, relativizando-a.

E é assim que se dá alguma ênfase a um sub-capítulo que designámos por – *O auto-conhecimento e o conhecimento mútuo* – onde pretendemos essencialmente clarificar o nosso posicionamento sobre o objecto de estudo e as questões levantadas.

O auto-conhecimento e o conhecimento mútuo

Nesta questão de auto-conhecimento e quando nos referimos há pouco às dúvidas que foram entretanto surgindo, importa também realçar de onde emergiram essas dúvidas.

E a base principal prende-se com isto – não sendo sociólogo de formação inicial, e não dominando, portanto, as teorias sociológicas com segurança, quando falamos na “Sociologia Compreensiva” numa perspectiva Weberiana, e quando mobilizamos as questões das “Sociologias Interpretativas” em Giddens, procuramos fazê-lo no sentido em que necessitamos olhar para o «processo de cuidados como organizador da socialização do enfermeiro» não apenas na perspectiva de identificar a “estrutura” que subjaz a esse “processo”, estrutura aqui entendida como baseada na interacção social dos actores para o desenvolvimento das acções, que levam a que esse processo efectivamente se concretize. Mas necessitamos ir um pouco mais longe, mais longe no sentido da profundidade pois torna-se extremamente importante compreender a forma como os diferentes actores utilizam as lógicas, os raciocínios, que levam a um determinado comportamento nesse mesmo conjunto de acções que desempenham. Isto significa a necessidade de nos colocarmos no lugar do outro, no sentido de confrontarmos as lógicas que eles mesmos uti-

lizam na realização desse processo, com as lógicas que nós utilizaríamos se estivéssemos na acção.

A formação em enfermagem desenvolve-se em Escolas Superiores de Enfermagem na vertente ensino teórico e em organizações de saúde (hospitais e centros de saúde) na vertente ensino clínico.

Preconiza-se actualmente uma formação de nível superior, integrada no ensino superior politécnico, alicerçada nos objectivos previstos para este sub-sistema do ensino superior (Lei de Bases da Educação – Lei nº 46/86 de 14 de Outubro).

Como professor de enfermagem questionamo-nos sobre o papel dos dois pólos de formação (a escola e os contextos de trabalho) e concretamente em relação a estes últimos, enquanto contextos de formação, numa perspectiva de desenvolvimento, mudança e inovação, considerando que ao processo de formação neles desenvolvido, se atribui uma importância significativa enquanto potencializadores do desenvolvimento de capacidades de análise e de síntese, dos processos de tomada de decisão e de resolução de problemas. Parece-nos tanto mais pertinente este questionamento quando nos confrontamos diariamente com dificuldades que impedem ou dificultam uma adequada formação, que promova a passagem dos estudantes de enfermagem a enfermeiros, numa perspectiva de integração na vida activa, enquanto actores interventivos.

Consideramos que a organização da formação já não garante a chamada entrada na vida activa para os jovens (...), já não estabelece ou assegura uma passagem mais ou menos longa de uma situação de formação para um emprego estável, mas tende a instituir e a «naturalizar» a instabilidade e a flexibilidade (Correia, 1997, pp.25).

A actual relação entre a formação e o trabalho, caracteriza-se pela existência de uma dicotomia formação/trabalho, consubstanciada na visibilidade social acrescida que as modalidades de formação adquirem, por interpelarem explicitamente o trabalho, sendo por esta via mais permeáveis aos desafios ao seu exercício e organização e, porque não admiti-lo, à sua reconceptualização (Correia, 1997, pp.26).

O conhecimento que possuímos enquanto agentes e sujeitos nesta situação social, leva-nos a valorizar o posicionamento de alguns dos actores relativamente a esta problemática, pois não podemos absolutamente descrever a actividade social sem conhecer o que os seus actores constituintes sabem tanto discursiva, como tácitamente, (Giddens, 1989, p.272).

É frequente ouvir-se por parte dos enfermeiros das organizações de saúde:

“A Escola deveria estar mais ligada à realidade”.

“Os professores de enfermagem deviam orientar os estudantes mais de acordo com a(s) realidade(s) do(s) serviço(s)”.

Já os professores referem frequentemente:

“Não consigo desenvolver esta ou aquela actividade com os estudantes em estágio, porque o serviço é um caos generalizado”.

“Não existem modelos nalguns serviços que permitam a adequação da teoria à prática”.

“Em determinado serviço a filosofia da prestação de cuidados, aponta para esta ou aquela metodologia, mas nem sempre essa é a realidade”.

Os estudantes referem muitas vezes:

“A linguagem e o vocabulário utilizado pelos professores de enfermagem e os enfermeiros da área da prestação de cuidados nem sempre são idênticos, o que dificulta a nossa aprendizagem”.

“Em certos serviços onde nós estagiamos, existe uma maior proximidade entre o que aprendemos na escola e o que fazemos nos serviços”.

De uma forma mais abrangente e global, parece-nos ser noção comum que:

“A escola existe para formar indivíduos”.

“Os serviços de saúde existem para servir os utentes”, o que à partida pode fazer pressupor uma barreira que dificulta a ligação entre os dois pólos, partindo da missão de cada um.

A reflexão que temos vindo a desenvolver, faz emergir o principal eixo em torno do qual giram as nossas preocupações, essencialmente porque não pretendemos que o movimento de investigação seja dos estudantes e profissionais (professores de enfermagem e enfermeiros da prestação e gestão de cuidados) para a “organização”, mas sim desta para aqueles, através deles.

Apoiamos também esta nossa decisão no que é referido por Cicourel (1994) ao sugerir que os formadores, tal como os “investigadores, devem modificar o seu objecto: interessarem-se menos pelas propriedades cognitivas dos indivíduos e mais pelas propriedades dos grupos (...) em contexto natural”. (p.429).

O que nos parece ser importante para esta questão, visto que no processo de cuidados há uma dimensão, digamos, individual de cada um dos actores no relacionamento com o

actor central a todo este processo que é o doente, e há de facto um conjunto de acções que têm a ver com este relacionamento, digamos, de algum individualismo neste processo por parte dos actores diferenciados, mas onde esses comportamentos são depois agregados, passando de um nível individual para um nível colectivo. Aquilo a que dará, provavelmente com base na interacção, o que Giddens (1996), aponta como sendo a dualidade estrutural, e o que Raymond Boudon (1990, 117-140) procura clarificar como a questão da estrutura não pela perspectiva das teorias estruturalistas, mas sim a *estrutura – tipo* e a *estrutura – traços essenciais*.

Este questionamento relativamente ao auto-conhecimento e o conhecimento mútuo, valorizando neste o necessário respeito que o analista social deve ter pela autenticidade de crença ou pela "entrée" hermenêutica na descrição de vida social (Giddens, p.272), permitiu-nos clarificar aspectos daquilo que designamos como – ***Biografia no campo profissional da enfermagem*** – e onde pretendemos sobretudo posicionar-nos numa perspectiva de olhar para o que foi a nossa socialização como enfermeiro generalista no âmbito da prestação de cuidados.

Biografia no campo profissional da enfermagem

À altura, a formação teórica e o trabalho eram relativamente próximos no que respeita ao paradigma em que ambos se baseavam. Apesar de, na perspectiva da formação teórica ter havido uma procura de desenvolvimento dos conteúdos e dos objectivos da formação em enfermagem mais consentâneo com a descentralização da doença e do hospital, continuou, no entanto, a privilegiar muito a dicotomia saúde/doença. A ênfase nas Ciências Sociais e Humanas era diminuta, no que respeita à formação dos enfermeiros, relativamente ao peso que tinham algumas das ciências naturais nessa mesma formação.

Nesta lógica da ligação da formação ao trabalho decorria o facto de, em situação de trabalho, os enfermeiros serem profissionais que desenvolviam a sua acção numa lógica de grande dependência das prescrições de outrem. Isto porque, na realidade hospitalar, os doentes ao serem internados eram-no com critérios que tinham que ver com a necessidade de intervenções exteriores à pessoa e quando dizemos exteriores à pessoa, queremos significar que não eram mobilizadas as capacidades e potencialidades dessa mesma pessoa. A intervenção era preconizada por alguém que tomava essa decisão e como é óbvio dessa tomada de decisão decorriam necessidades, que se impunha alguém colmatar. A satisfação dessas necessidades, conseguia-se essencialmente pelo campo funcional dos enfermeiros, sendo que as actividades eram organizadas muito na perspectiva de

se atingirem os objectivos de cura que tinham determinado as intervenções consideradas necessárias por outrem.

Nesta lógica de socialização havia uma grande preocupação, que era a de procurar melhorar o processo de desenvolvimento dessas mesmas acções, deixando de se desenvolver apenas e só com carácter de dependência, mas procurando alicerçar a sua execução, em conhecimentos que não eram só da experiência do dia-a-dia e nessa lógica permutados e desenvolvidos com base na relação entre os diferentes actores de todo este processo, mas procurando aprofundar o conhecimento abstracto, no sentido de criar alguma consistência à fundamentação e argumentação para o planeamento de cuidados que saísse um pouco da esfera do apenas e só, cumprir as referidas indicações prescritas.

Isto levou a que desenvolvêssemos, em termos individuais, uma necessidade de auto-formação, que não era alicerçada num questionamento efectivo do que fazíamos no quotidiano. A auto-formação era muito mais no sentido de desenvolver as tais capacidades de fundamentação e argumentação teórica, do que no sentido de reflectir esse mesmo dia-a-dia e esse mesmo quotidiano, promovendo capacidades e competências como a reflexividade, o juízo crítico e a própria tomada de decisão.

No entanto, esta lógica de auto-formação cedo se propagou a alguns elementos da equipa de enfermagem, adquirindo assim uma lógica, uma dinâmica, que passava para além da auto-formação, pois passava a existir alguma relação entre as necessidades individuais de vários enfermeiros.

O desenvolvimento deste tipo de actividades a nível local, particularmente no serviço onde desenvolvíamos a nossa actividade, passou entretanto a ter uma lógica mais alargada embora localmente, no hospital, tendo sido então convidados a desenvolver algumas dessas actividades no âmbito da formação de enfermeiros em aspectos muito específicos. Mas esses aspectos específicos continuavam a centrar-se na necessidade de resposta às acções de nível dependente e interdependente ¹.

É útil referenciar que, nesta lógica de desenvolvimento e de organização do trabalho, havia uma motivação e um reconhecimento pelos pares, não só da equipa, como dos superiores hierárquicos, como até e essencialmente dos próprios médicos, reconhecimento pelo facto de haver uma potenciação das capacidades e das competências em desenvolver as actividades já anteriormente referenciadas.

Mas simultaneamente a este reconhecimento por esta via existe uma sensação de insatisfação com o trabalho desenvolvido, porque de facto o «centro» organizador desse mes-

mo trabalho continuava a situar-se na dicotomia saúde/doença e não nas necessidades efectivas das pessoas.

Não havia, no entanto, na altura capacidade de desenvolvimento de competências que permitissem uma prestação de cuidados de outro tipo.

Podemos dizer que se assistia, com esta lógica, ao perpetuar do paradigma biomédico na formação e no trabalho, reforçando o preconizado pela reforma de 1952 ², onde se apontava para a necessidade dos enfermeiros serem bons técnicos, capazes de responder com maior capacidade às actividades cada vez mais complexas que os médicos lhes delegavam!

Surge então a possibilidade de fazer formação especializada, formação essa com a duração de dois anos, atribuindo o grau de licenciado em enfermagem e o diploma de especialista.

Os objectivos dessa formação eram, de facto, desenvolver a capacidade e competência para prestar cuidados especializados; capacidade e competência para gerir cuidados e serviços de enfermagem e capacidade e competência para desenvolver investigação na área da enfermagem. Acontece que, sendo organizador do referido curso o mesmo

¹ Adiante clarificado, quanto ao conteúdo funcional dos enfermeiros

² Aspecto desenvolvido na sub-secção – O currículo como construção social.

paradigma (biomédico), a ênfase foi quase totalmente dada na já referida dicotomia saúde/doença, embora com um aprofundamento das questões da doença, visto ser uma formação no âmbito do desenvolvimento de competências para prestar cuidados a doentes em risco de vida.

A ênfase curricular dessa formação, para dar resposta a este paradigma, situava-se essencialmente nas ciências naturais. As ciências sociais e humanas, digamos que tinham um estatuto de minoridade no que respeita à importância atribuída.

Isto acontecia não só nos conteúdos, na relação conteúdo/tempo atribuído a ..., como na própria lógica formativa em que não havia um grande envolvimento dos formadores com os aspectos do questionamento do quotidiano da enfermagem, do “real” da enfermagem.

Mas, porque a nossa reflexão vinha procurando tomar um sentido mais complexo para além das questões da saúde e da doença (numa perspectiva dicotómica) e do campo de intervenção, numa perspectiva de interdependência com outros técnicos, foram criadas algumas oportunidades de reflexão numa outra lógica. Isto aconteceu sobretudo com

base na orientação mais individualizada e em que um dos professores deu campo aberto para que se pudesse fazer este tipo de reflexão.

E é assim que, apesar da investigação ser desenvolvida no âmbito deste curso numa perspectiva positivista, houve (e agora “a posteriori” quando se analisa este tipo de reflexão), uma tentativa de “humanizar” a intervenção do enfermeiro relativamente à investigação sobre, ou centrada em algumas das necessidades que o doente apresentava.

Apesar de nesta investigação se ter procurado tornar mensuráveis aspectos como sentimentos, emoções, consciência dos doentes, correndo-se com esta atitude um risco extremamente grande, numa perspectiva da nossa pouca capacidade para desenvolver investigação, apesar disso desenvolveu-se uma técnica de observação, não se enfatizando a técnica mais quantitativa (até porque a amostra era pequena). Já nesta altura se optou pela observação como uma das estratégias que nos permitia valorizar mais quem era o doente enquanto pessoa, para além das manifestações objectivas que tinha relativamente a determinada situação que estava a ser investigada.

A satisfação não foi de facto a maior relativamente a esta investigação. A formação acabou e entretanto a questão da auto-formação e a reflexão sobre a prática quotidiana, partindo da enfermagem e daquilo que era o ainda pouco (re)conhecido, campo autónomo (consubstanciado em modelos teóricos próprios que se tinham desenvolvido na década de 50 – 60), a possibilidade de enveredar pela formação de enfermeiros foi a que agarrámos com grande motivação e grande empenhamento.

É assim que, após a frequência deste curso, e após seis anos de trabalho como prestador e como gestor de cuidados, ingressámos numa escola superior de enfermagem, como professor.

O ingresso acontece exactamente no ano em que assistimos à integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional, integrado no subsistema do ensino superior politécnico.

Era uma vontade desde há muitos anos, esta integração, mas não há dúvida que entramos no sistema de formação de enfermeiros numa época tumultuosa. E tumultuosa porque? Porque, a possibilidade que é reconhecida aos professores de enfermagem para a elaboração de um plano de estudos, de um currículo de formação de enfermeiros mais consentâneo com este questionamento que se tinha difundido e alargado na perspectiva de querer romper com a ênfase do paradigma biomédico nessa mesma formação, é um desafio grande, extremamente importante, mas muito complicado simultaneamente. Porque mais uma vez, digamos, e até nesta lógica da elaboração curricular, não foi dada

possibilidade de se fazer uma reflexão construtiva no sentido de nos podermos distanciar sobre aquilo que era a realidade da formação de enfermeiros. Mas distanciarmo-nos através da reflexividade; através do questionamento do real, por forma a podermos encontrar as estratégias e as metodologias para alterar ou dar início à mudança nos modelos de formação dos enfermeiros para um paradigma mais consentâneo com o que se pretende seja, o perfil de competências desses mesmos enfermeiros, isto é, um paradigma mais humanista.

Nesta lógica, reencontramos na formação de novos enfermeiros um plano de estudos ainda semelhante àquele que tinha sido o “nosso” plano de estudos, o plano de estudos da «nossa» formação, embora com alguns aspectos essencialmente prescritivos mais próximo daquilo que era a formação a nível do ensino superior; no que diz respeito à organização do curso, selecção e admissão dos candidatos e no que concerne a alguns aspectos que designariamos como administrativo - burocráticos.

No entanto, há também um aspecto a realçar no plano de estudos que se iniciou em 1987, que é o da introdução dos conteúdos relativamente aos modelos teóricos; à introdução à investigação, estatística e informática e os conteúdos de introdução à administração.

Estes conteúdos vieram consubstanciar o desenvolvimento de capacidades e competências para que os enfermeiros pudessem tomar decisões de uma forma reflexiva e consciente. O grande peso mantinha-se a nível dos conteúdos relativos às ciências naturais, sendo que a enfermagem como disciplina nuclear à formação dos enfermeiros, tinha como principal mudança, digamos assim, em termos de conteúdos (conceitos específicos) o trabalhar-se as questões relativas aos modelos teóricos, já anteriormente referidos.

Um dos aspectos para além destes que nos levantou maiores questionamentos relativamente à formação de enfermeiros, foi exactamente a questão desta formação ter características teórico-práticas, em que existem momentos longos durante os três anos do curso, de formação através do trabalho e no trabalho e, portanto, colocou-se-nos aqui uma questão extremamente importante que era a da articulação entre a formação teórica e o trabalho (formação prática).

Em 1993, propusemo-nos fazer investigação, nesta dimensão, sendo o problema a estudar – qual a percepção dos professores de enfermagem, sobre a influência que o processo de cuidar tem na orientação de alunos em ensino clínico. Esta questão surgia, sobretudo porque, e estamos a falar de meio hospitalar, havia de facto algumas diferenças

entre as formas de organizar o trabalho nas organizações onde desenvolvíamos o ensino clínico com os alunos.

Nesta altura a investigação surge, digamos que é o «leitmotiv» para a realização de um curso – Pedagogia aplicada ao ensino de enfermagem – com a duração de um ano na parte curricular com prolongamento possível a seis meses para apresentação e discussão de uma dissertação. Este trabalho foi elaborado ao longo do curso teórico, com a capitalização das diferentes áreas disciplinares. E aqui não há dúvida de que as ciências sociais e humanas, bem como uma nova perspectiva da investigação, abriram caminhos, definitivamente, para a possibilidade do questionamento do «real» na lógica do tal posicionamento de confronto perante esse mesmo real, do qual fazíamos e fazemos parte.

Não queríamos saber a relação entre uma coisa e outra (causa/efeito), queríamos compreender as diferenças e semelhanças nos processos de cuidados, para podermos identificar e decodificar os significados que tinha para nós o discurso dos professores cuja orientação tinha ocorrido durante um determinado período de tempo, numa e noutra unidade. Para isso considerámos que as técnicas e os procedimentos adequados ao desenvolvimento desta investigação se centravam na simbiose entre a observação e as entrevistas em profundidade, razão pela qual aplicámos essas mesmas técnicas e produzimos um conjunto de dados, que através da observação nos permitiu caracterizar o processo de cuidados numa unidade e noutra, na perspectiva da lógica da prestação dos cuidados deduzida dos comportamentos dos enfermeiros perante, essencialmente, as questões relacionadas com a quantidade de trabalho, a organização do trabalho centrada na organização do trabalho médico e noutros aspectos que mobilizaremos em seguida.

Encontradas que foram estas diferenças e semelhanças, no que respeita aos processos de cuidados numa e noutra unidade, confrontámos o grupo de professores entretanto seleccionado, com as mesmas, na perspectiva de como é que eles preconizavam a orientação, nestes contextos diferentes.

E foi assim que atingimos e identificámos algumas áreas temáticas e respectivas categorias.

Com as limitações de um estudo académico essencialmente ligadas à limitação do tempo, e às limitações da selecção do familiar do investigador e pelo investigador, construímos alguns dados que nos permitiram, em termos da articulação das «organizações», encetar algumas estratégias no sentido de melhorar a ligação entre a formação teórica e o trabalho (formação prática).

Desenvolvemos um projecto de articulação teórico-prática durante dois anos, e é então que surge a possibilidade de fazer o Mestrado em Sociologia que abre definitivamente a porta para desenvolver esta área de investigação, numa lógica que procura compreender o processo de cuidados como organizador da socialização dos enfermeiros.

Torna-se importante compreender se este “processo de cuidados” tem a característica de ser um processo que é produzido por todos os actores em acção, conduzindo-nos para uma lógica de interacção social baseada nas relações sociais, o que na conjunção das actividades dos actores e do local, constituem aquilo que se pode designar pela “situação social” em estudo.

Importa compreender se este processo de cuidados é construído, privilegiando esta questão da interacção social, privilegiando ou não a incerteza que decorre de estarmos perante um processo que se desenvolve com pessoas, e se se desenvolve com pessoas é forçosamente contingencial e situacional, e mais ainda se o ponto de partida, digamos, deste mesmo processo é ou não o doente com as suas necessidades, já não só numa perspectiva da emergência das situações externas à pessoa, mas em que este terá alguma capacidade para intervir na definição dessas mesmas necessidades e desses mesmos cuidados. Isto, porque as linhas de política da saúde apontam desde há alguns anos para a lógica de que os serviços de saúde terão que ser desenvolvidos e reformulados, produzidos socialmente, digamos, com base nas necessidades sentidas e reais dos cidadãos / pessoas e em que eles como cidadãos participam ou devem participar plena e activamente nos meios de produção de cuidados.

Ou se, por outro lado, o processo de cuidados acontece ainda muito numa lógica da reprodução social dos cuidados, isto é, em que os cuidados são reproduzidos numa lógica de organização do trabalho, que não tem que ver com as necessidades das pessoas que estão no centro desse processo, mas sim com base naquilo que são as tomadas de decisão dos diferentes intervenientes desse mesmo processo de cuidados.

1.2 – A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS 5 DÉCADAS

A vivência e experiência como actor nas organizações consideradas como pólos de formação no sistema de formação em Enfermagem (Luz, 1995), o interesse anteriormente referido pela relação formação/trabalho numa perspectiva de relação teoria - prática e os

desafios que se colocam à formação de enfermeiros para o século XXI, levam-nos como professor de enfermagem a questionar a realidade, partindo de aspectos que consideramos terem sido marcos para a situação actual.

Não pretendemos fazer uma abordagem exaustiva e aprofundada dos referidos aspectos, pois esta sairia do âmbito dos objectivos do nosso trabalho. Pretendemos, no entanto, encaminhar a nossa reflexão para alguns factos que precederam a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, bem como todas as incertezas que advêm dessa integração que está em curso.

1.2.1 – O(s) Modelo(s) de formação em enfermagem

O ensino de enfermagem começou nos finais do século XIX, sediado em Hospitais, cujas administrações se preocupavam com a preparação de pessoas que pudessem dar continuidade aos cuidados que os doentes internados necessitavam.

Estes hospitais eram segundo refere Soares (1997, p.25) "os (...) mais importantes do país com fortes ligações à Faculdade de Medicina de Coimbra e às Escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e Porto, locais de aprendizagem médica, onde se utilizavam os modernos processos terapêuticos ...". A responsabilidade de formação dos enfermeiros era dos médicos, sendo a preparação condutora a um estatuto de menoridade.

Segundo Curry Cabral citado por Soares (1997, p. 29) "a situação dos enfermeiros, caracterizava-se assim (...) não lhes eram exigidos conhecimentos técnicos especiais na admissão, não recebiam ensinamentos teóricos nem faziam qualquer tirocínio sistematizado".

Esta foi uma situação que despoletou a necessidade da criação de "uma escola" onde os enfermeiros pudessem adquirir preparação que lhes permitisse alterar o trabalho e melhorar os cuidados.

A legislação referida por Soares (1997, p.37) apontava "claramente que a escola é um serviço do Hospital, incluindo regras de admissão e promoção dos diplomados no quadro dos hospitais, e estabelecendo outras que sujeitam os alunos que frequentavam a escola, fundamentalmente, às exigências do serviço hospitalar, secundarizando os interesses da aprendizagem tanto teórica como prática".

Actualmente a formação em enfermagem desenvolve-se em Escolas Superiores de Enfermagem ao nível do Ensino Superior Politécnico, desde 1988 (Decreto-Lei nº 480 de 23 de Dezembro de 1988).

Anteriormente a esta integração o ensino ocorria em Escolas de Enfermagem, que desde a reforma de 1965 e essencialmente com a publicação da Portaria nº 34/70 de 14 de Janeiro - Regulamento das Escolas de Enfermagem - eram entidades com autonomia técnica e administrativa, sendo que atribuíam aos seus diplomados o título profissional de enfermeiro, sem reconhecimento de qualquer grau académico.

As primeiras Escolas de Enfermagem surgiram em Portugal no final do século passado, não significando que anteriormente não tivessem existido locais e formas de instrução daqueles que cuidavam das pessoas que necessitavam.

O papel de cuidar das crianças, dos velhos, dos moribundos, da família sempre coube à mulher, essencialmente na dimensão em que o cuidado estava ligado à manutenção da vida.

É no final do século XIX que a mulher intensifica a actividade de prestadora de cuidados, fora da esfera privada e de forma remunerada, como refere Soares (1997).

Em Portugal este processo não tem sido pacífico, como em muitos outros locais do mundo, interessando-nos estudar a formação de enfermeiros numa perspectiva sociológica que nos permita compreender as relações sociais que se desenvolvem entre alguns dos actores do processo de cuidados, incluindo o doente.

A sociedade produz alterações na Saúde das pessoas e consequentemente na enfermagem, em interdependência com as próprias descobertas científicas e as transformações políticas e sociais que conduzem ao questionamento do antigo sistema de saúde, sendo que como refere Soares (1997) "os cuidados de enfermagem e a função do enfermeiro são objecto de reflexão teórica em cada época mas, na prática, eles são o produto de uma dada sociedade e com ela evoluem".

Em 1947, através do Decreto-Lei nº 36219 de 10 de Abril é criado o curso de auxiliares de enfermagem, que pretende essencialmente dar resposta às necessidades criadas pelo desenvolvimento dos serviços e o aumento da procura dos cuidados de saúde.

Com esta formação pretendeu-se também assegurar uma melhor preparação do pessoal e a mais rigorosa selecção técnica e moral.

Esta alternativa inseria-se provavelmente na lógica da Reforma de 1948 e que Grácio (1986, p.97) descreve "durante o Estado Novo, a constituição do ensino técnico, corres-

pondeu a uma meritocracia mitigada em que a frequência das escolas técnicas funcionava como um meio de moderada ascensão social para certas franjas das classes populares...", o que em relação à enfermagem e na nossa perspectiva, se situava mais a nível de "sobrevivência social" que propriamente de ascensão social, pois a dependência do "poder médico" não permitia a possibilidade de ascensão social.

Conforme referimos anteriormente, os cursos de enfermagem até à integração do ensino no Sistema Educativo Nacional, não atribuíam qualquer grau, apenas o título profissional de enfermeiro, sendo que é a partir destes cursos que as escolas podem oferecer, que são considerados como alternativa a outras vias de prosseguimento de estudos, na perspectiva do ensino técnico-profissional. Era, no entanto, para além da formação médica, a única formação organizada na área das ciências da saúde.

Numa outra dimensão Luz (1995, p.32) refere "a formação profissional serve-nos de analogia para pensar a formação em enfermagem, que ontem como hoje exige organizações qualificantes, onde a aprendizagem é permanente, é globalizante, é centrada no problema e no contexto e inclui todos os actores" (Stahl et al, 1993, p.102), apontando desta forma uma lógica formativa não totalmente sobreponível à formação técnico-profissional.

Os hospitais no final do século XIX, passaram a ser alvo de tentativas de melhoramento nas condições físicas da organização e atendimento das pessoas. Esta preocupação existia porque era necessário melhorar as condições de aplicabilidade dos conhecimentos científicos, para que os doentes colhessem os benefícios oferecidos pela ciência. Mas esta era a perspectiva de "ciência médica" e não de "outras ciências", totalmente inoperantes nesta lógica.

Nas décadas de 40-50 o estado ao intervir directamente no ensino de enfermagem em termos de uniformização, centralização e controle das escolas e do ensino, fica na posse de dados que indicam ser o recrutamento e a preparação dos enfermeiros um ponto bastante fraco na organização hospitalar do país.

Esta perspectiva prende-se essencialmente com dois factores na opinião de Soares (1997, p.45) "insuficiente remuneração que baixa o nível educativo da classe onde se faz o recrutamento e dificulta as possibilidades de escolha e, o ensino técnico mal orientado, dirigido e realizado por médicos, quando o devia ser por enfermeiros, porque as duas propostas são diferentes, o que torna insuficiente e «ilusória» a instrução profissional e técnica".

O local de aprendizagem dos enfermeiros foi durante muito tempo os hospitais, porque era neste espaço que se aprendia a descodificar o que se esperava em relação aos actores da instituição que detinham o poder: os médicos.

É esta circunstância que faz caber à enfermeira o papel de auxiliar do médico onde lhe é permitido executar um conjunto de tarefas (prescritas), que se encontra perfeitamente definido e controlado.

Os enfermeiros eram formados no paradigma da categorização em que a orientação era para a doença, onde o modelo que prevalecia era o biomédico e onde a visão do mundo era fechada reduzindo as relações sociais a regras de conduta definidas e quase invariáveis.

É, no entanto, a partir desta década que se processam algumas alterações nos currículos que importa referir. Apontamos ainda, alguns factores que consideramos importantes para a compreensão da análise que se segue.

O ensino de enfermagem mantém-se na perspectiva tradicional, baseado no conhecimento próprio da mulher, mas começa a tornar-se insuficiente nesta dimensão, começando a desenvolver-se também no seio da medicina, essencialmente pela necessidade dos médicos em delegarem alguns cuidados, que lhes permitissem ficar mais disponíveis para a realização de outros mais actualizados.

Os conhecimentos transmitidos (pelos currículos) são os da medicina, porque são os únicos capazes de explicar o processo saúde/doença (paradigma de categorização/ Bio-médico) e que se organizam segundo dois domínios derivados entre si: a doença e a técnica (Collière, 1982, pp.131). Os conhecimentos teóricos centrados sobre as doenças são completados pelos conhecimentos práticos centrados sobre as técnicas.

A disciplina de enfermagem que, de início, é constituída por actividades que, aparentemente, não se distinguem de hábitos da vida quotidiana que respondem às necessidades básicas do indivíduo, vai-se construindo sobre uma linha de fronteira (Petitat, 1989, p.192), dando origem a uma unidade que se apropria de saberes que apenas os médicos detinham, combinando esses contributos com as técnicas de cuidados.

O enfermeiro começa assim a desenvolver algum prestígio que lhe é "emprestado" pelo conhecimento científico mas apenas e só na área do saber fazer, na medida em que é útil para a eficácia do desempenho do papel do enfermeiro na divisão do trabalho hospitalar.

De acordo com Soares (1997, p.80) a disciplina de enfermagem começa a ter autonomia quando nos casos em que os enfermeiros adquirem capacidade de intervir no processo

de constituição do currículo e, por essa via, adquiriu uma posição central na aprendizagem.

No dizer da autora citada, não deixa de ser eminentemente prática, isto é, onde se aprende a aplicação de técnicas derivadas do conhecimento científico.

Segundo Petitat (1989) o movimento de profissionalização de enfermagem emerge no virar do século e tem origem num novo corpo de saberes, baseado na ciência moderna em ruptura com a tradição oral empírica. Neste âmbito os enfermeiros têm vindo a empenhar-se no sentido da aquisição do poder de certificação, de exclusividade de formação e do monopólio do campo de actividade, como condição para obter do Estado, a exclusividade do exercício e a delegação de outros poderes como o controle da formação e das condições de trabalho.

As escolas de enfermagem são o garante da informação científica formal que faltava às gerações precedentes. O diploma é sinónimo de competência moderna e premissa de cuidados de enfermagem de qualidade, por oposição aos cuidados empíricos, suspeitos de ignorância.

De facto os responsáveis científicos dos estabelecimentos escolares têm defendido a introdução, nos currículos dos cursos oferecidos, de um conjunto de disciplinas de raiz humanista, evitando o recurso exclusivo e uma cultura de natureza técnica.

Utilizando estes conceitos, Witz analisa as estratégias seguidas por este movimento para poder deslocar o poder de decidir sobre a duração e conteúdo de formação e sobre as relações de trabalho que os hospitais detinham, para órgãos de outra natureza, dotados de autonomia bastante, que lhes permitisse regular as condições de trabalho, a duração e conteúdo de formação e o sistema de registos e licença da prática da profissão.

A Escola, tradicionalmente é vista como um lugar de cultura, primeiro numa acepção idealizada de transmissão de conhecimentos e de valores ditos “universais”, mais tarde numa perspectiva crítica de inculcação ideológica e de reprodução social (Goodson, 1997, p.15).

Pensamos que a reflexão sobre a construção social do currículo (mais concretamente sobre os planos de estudos, as orientações programáticas e/ou os manuais das disciplinas) pode ajudar-nos a compreender mais adequadamente as alterações que foram sendo provocadas tanto interna como externamente à profissão de enfermagem, passando pela intervenção de forças sociais, políticas, económicas e religiosas, com especial ênfase para o papel do Estado, no que concerne à imposição de uma determinada visão da

Escola, bem como de uma diferenciação do ensino, essencialmente entre as chamadas “vias clássicas” (académicas) e as “vias vocacionais” (profissionalizantes).

Esta discussão permitir-nos-á compreender a cultura inerente ao sistema de formação em enfermagem, que não sendo independente das lutas e dos conflitos sociais, tem especificidades próprias (historicamente criadas) que não podem ser olhadas apenas pela óptica das sobre-determinações do mundo exterior.

Os currículos como construção social

Uma das dimensões que se impõe equacionar, prende-se com os currículos da formação em enfermagem, considerando que o currículo escolar está longe de ser um factor neutro (Goodson, 1997, p.16).

A nossa vivência / experiência enquanto "socializandos" e como "socializadores", remete-nos para uma análise retrospectiva, baseada na mudança de estatuto em interdependência com a própria evolução do estatuto de enfermagem enquanto disciplina, sendo que concordamos com Goodson (1997, p.78) quando refere que "em relação à biologia (enquanto ciência), o estatuto e os recursos foram conseguidos através da sua promoção como ciência exacta, experimental e rigorosa. O reaparecimento de pressões para uma biologia mais social e humana, ameaçam, assim, o inseguro estabelecimento da disciplina como disciplina científica que, por si só, assegura o estatuto e recursos tão valorizados pelos membros da comunidade disciplinar biológica”.

E em relação à enfermagem? Sabemos que durante muitos anos a ênfase foi colocada no paradigma biomédico, criando um estatuto de menoridade à disciplina, por se caracterizar numa atitude de submissão ao reconhecimento dos médicos e dominação pelos mesmos. A nossa (do investigador) socialização profissional, numa fase de integração na vida activa, consistiu no desenvolvimento desta lógica.

A ruptura com este paradigma, e a mudança para uma perspectiva humanista, reimplantou o questionamento quanto à definição do objecto de estudo da disciplina, mas não possibilitou ainda uma clarificação desse mesmo objecto e como é lógico da própria disciplina, o que em nós se agudizou com o papel de formador em que o questionamento do real se tornou mais constante.

Esta lógica tem sido, quanto a nós, consubstanciada pelo facto de que o currículo escrito – nomeadamente o plano de estudos, as orientações programáticas ou os manuais das

disciplinas – tem, neste caso, um significado prático, não se valorizando a importância do currículo oculto ou informal, que se alicerça essencialmente nas relações sociais entre os diferentes actores em acção.

Outra dimensão constitui-se na organização do trabalho, onde se consideram os diferentes actores na organização e os próprios actores enquanto organização. Nesta dimensão, importa discutir as “relações estratégicas”, “entre formação – trabalho – emprego (...) se traduzirem concretamente por tensões, por compromissos, por conflitos entre os actores múltiplos destas operações de formação que têm cada uma delas a sua própria lógica que não é só de optimização económica mas também de reconhecimento identitário. É por isso que as inovações de formação que são inseparáveis de transformação do trabalho e do emprego interferem com as dinâmicas mais delicadas das mudanças em curso: as que ligam o económico com o cultural, o individual com o social, a eficácia e o reconhecimento”. (Dubar, 1990, p.55).

Situando-nos na década de 50 o paradigma biomédico continua a prevalecer na formação dos enfermeiros, sendo que pela não clarificação dos objectivos, a autonomia era inexistente.

Por outro lado, o ensino de enfermagem inseria-se na Escola tradicional, cujos princípios eram essencialmente o esforço de memorização, ambiente fechado, disciplina austera, onde o aluno era um actor passivo que devia aprender e o professor era sobretudo um agente de transmissão de conhecimentos.

A cultura de enfermagem enquanto profissão subordinava-se ao paradigma biomédico e por isso os enfermeiros assumiam o papel de auxiliar dos médicos, confinando a sua acção a tarefas rotinizadas, privilegiando a doença em detrimento da pessoa.

Esta perspectiva é consubstanciada pelo referido no DL 38884 de 28 de Agosto de 1952, que considera "... como fundamental melhorar a preparação técnica dos enfermeiros (pois) (...) na medida em que se afirma a importância técnica dos enfermeiros, serão mais complexos os serviços que os médicos lhes confiam".

O ensino de enfermagem passa a ser ministrado em Escolas oficiais e particulares, gozando de autonomia técnica e administrativa, cabendo a supervisão das mesmas ao Estado.

É nesta altura que as escolas deixam de estar ligadas e dependentes dos serviços de saúde, para passarem a ser tuteladas pelo Estado, mas mantendo-se a direcção das mesmas, feita por médicos.

O currículo (plano de estudos), organiza-se em torno das ciências exactas, subsidiárias do paradigma biomédico, de que destacamos: Anatomia e Fisiologia; noções básicas de

química, física, ciências naturais, bacteriologia, parasitologia, dietética, patologia geral, farmacologia, terapêutica, agentes físicos e análises clínicas, todos eles ministrados por médicos. As técnicas de enfermagem médica e cirúrgica eram ministradas por enfermeiros (Soares, 1995).

Para Sousa (1983, p.90), "os planos de estudo dos cursos eram bastante desenvolvidos em termos programáticos. A grande preocupação dos professores estava centrada no ensino, muito mais que na aprendizagem dos alunos".

No entanto, para a mesma autora e para Bessa (1987) e Mendes (1992) este Decreto Lei, introduziu alterações importantes no ensino de enfermagem, conforme quadro nº 1.

Parece-nos estar presente aquilo que Goodson (1997, p.21) refere como sendo a procura de relacionar as disciplinas escolares com as "forças sociais que as introduziram no currículo educacional, sendo consequência a organização do trabalho académico em torno das disciplinas".

Sendo a definição das áreas disciplinares da responsabilidade dos médicos, o conhecimento que era valorizado e transmitido partia das ciências médicas, mas não lhe era atribuído, estatuto de cientificidade.

Estamos perante a relação entre conhecimento escolar e controlo social, que Michael Young citado por Goodson (p.23) estabelece da seguinte maneira quanto ao conteúdo e à forma: "os que estão em posição de poder tentarão definir o que se deverá entender como conhecimento de diferentes grupos e quais as relações aceites entre as distintas áreas de conhecimento e entre os que a elas têm acesso e as tornam disponíveis".

O desenvolvimento dos serviços de saúde, levou à emergência de uma nova concepção de hospital encarado como estabelecimento onde para além de se curarem doentes, eram igualmente centros de prevenção e promoção de saúde (Sousa, 1983), o que desencadeia a necessidade de formar enfermeiros não só para a perspectiva da enfermagem curativa (hospitalar) mas também para a promoção da saúde e prevenção da doença.

É nesta década que a nível mundial, os enfermeiros desenvolvem investigação no domínio da enfermagem, adquirindo um corpo de conhecimentos próprios e desenvolvendo teorias e modelos de enfermagem.

Assiste-se à primeira grande reforma do ensino de enfermagem em Portugal, consubstanciada pela publicação do Decreto-Lei nº 46448/65 de 20 de Agosto. O plano de estudos aprovado, que continua a ser de nível nacional, procura introduzir uma maior ênfase na saúde e nas ciências sociais.

Parece estar presente nesta atitude, o que Resende e Vieira (1992) referem relativamente ao ensino superior politécnico "deste modo os currículos estabelecidos parecem apostar, por um lado, na transmissão de conhecimentos técnicos concretos (mais ou menos abrangentes) e, por outro, na divulgação de outros saberes relacionados com as ciências sociais e humanas, ainda que o peso relativo dos saberes diletantes seja menor que no ensino superior universitário".

Para Sousa (1983), a finalidade do curso é proporcionar aos alunos durante 3 anos uma formação como pessoa e como técnico que lhes permita serem considerados profissionais aptos e eficientes em qualquer área da enfermagem de base, a qualquer nível de prevenção: preventivo; curativo e de reabilitação.

Para a autora referida, procurou-se que o ensino de enfermagem fosse muito mais enriquecido, e um pouco menos valorizada toda a extensa matéria de medicina (...) a distribuição das disciplinas e estágios passou a ter um critério definido, de forma que a aprendizagem dos estudantes tivesse continuidade".

Na perspectiva de Diniz de Sousa (1983); Bessa (1987) e Mendes (1992), a reforma de 1965 introduziu mudanças importantes, salientando-se as constantes do quadro 1.

Este plano de estudos, apesar de elaborado pelo "Estado, foi apresentado e discutido com as Direcções Gerais intervenientes e empregadoras e com uma consultora da OMS, o que levou o Ministério da Saúde de então, a concluir (Diniz de Sousa, 1983 e Bessa, 1987) que o ensino de enfermagem em Portugal, estava à época, ao mesmo nível dos países da Europa, tendo havido, segundo a primeira autora, a recomendação para que a formação em enfermagem passasse a ser efectuada a nível superior.

A emergência da articulação teórico-prática, numa perspectiva de aos alunos ser possibilitada a aplicação dos conhecimentos teóricos, em situações reais do trabalho, levou a que se tornasse indispensável a colaboração dos enfermeiros em exercício nos locais de estágio, procurando-se cada vez com mais acuidade a selecção e a utilização de campos de estágio que assegurassem uma adequada integração de conhecimentos e experiências.

Na nossa perspectiva desenvolve-se a necessidade de uma Escola cada vez mais humanizada, aberta à inovação, mais competente, mais exigente e mais interactiva com o contexto social (Sousa, 1985, p.78), provocando consequentemente a necessidade de articulação aos contextos de trabalho.

Parece-nos que o carácter das relações entre as escolas e as organizações era nesta altura alicerçada numa estratégia de negociação em que nem todos os intervenientes tinham uma participação activa nesse mesmo processo, sendo a estratégia negocial "um processo de tomada de decisão num contexto de interacção estratégica ou de interdependência (Jesuino, 1992, p.7).

No entanto concordamos com Luz (1995) quando refere que as relações inter-organizacionais podiam ser consideradas de cooperação, com os dois pólos de formação a participarem no processo.

Nesta lógica, assiste-se cada vez mais à necessidade de adaptar os currículos do curso às necessidades reais dos serviços de saúde e da comunidade, o que nos parece estar próximo do referido por Resende e Vieira (1992) "a implantação de cursos superiores de curta duração visou, por um lado, corresponder aos anseios políticos e económicos das (populações) (...), que viria a tornar-se a primeira razão da criação do sub-sistema do ensino superior - o ensino superior politécnico".

A necessidade de romper um paradigma que não se adaptava à formação dos enfermeiros (biomédico) e a procura de outro mais consonante com os desafios que se colocavam, conduziu àquilo que Goodson (p.23) designa como construção social de conteúdos específicos.

Esta preocupação prende-se com o que é manifestado por Young, citado por Goodson (p.23), quando se refere aos princípios organizadores, enquanto base do currículo académico na seguinte dimensão: desconexão dos currículos académicos, no que se refere à dimensão em que estes estão "em conflito com a vida e a experiência diárias".

A década de 70 caracteriza-se pelo desenvolvimento do questionamento da enfermagem enquanto conjunto de saberes de um grupo profissional levando a que as crenças e valores que pareciam ser uma base perfeitamente satisfatória para a prática da enfermagem, começam a ser questionadas, passando a não aceitar-se o "conhecimento tradicional" de enfermagem como adequado e válido (Miller, 1985).

Em Portugal o período de ruptura nos equilíbrios sociais estabelecidos, sistemas de valores em alteração daí decorrente e expectativas perfeitamente válidas dos cidadãos, levaram a profundas alterações na sociedade com repercussões óbvias na profissão e formação de enfermagem.

Importa, no entanto, fazer uma referência embora que breve ao início da década de 70 em Portugal, pois é nesta altura que se dão os primeiros passos para o ensino superior politécnico.

Segundo Roberto Carneiro (1998) nos refere, os Politécnicos surgem entre nós como consequência directa das crises intensas que se abatem sobre as quatro Universidades nacionais, durante toda a década de 60 e a primeira parte dos anos 70.

Ainda segundo a mesma fonte, os solavancos decorrentes da revolução de 1974 - e o correlativo mito de igualização como via de edificação de justiça social - decretaram o fim abrupto do ensino técnico-secundário. A democratização do país e a correspondente pressão das cidades para disporem da oferta local de ensino superior, foi providencial para o estabelecimento da rede de Institutos Superiores Politécnicos. Em certo sentido, o ensino superior politécnico é um produto da vontade basista das populações que residem longe dos centros universitários tradicionais.

As alterações na sociedade portuguesa fizeram também sentir-se no ensino de enfermagem, o que levou o governo a definir a orientação às escolas de enfermagem, segundo Diniz de Sousa (1983, p.100), no sentido de encontrarem a gestão que melhor se lhes adaptasse.

De entre as sugestões salientamos:

- Constituição de um grupo de trabalho nomeado pelo Secretário de Estado da Saúde, em Setembro de 1974, para elaboração de um plano de estudos com a finalidade de criar um curso único de Enfermagem, a nível de base, designado por curso de enfermagem.

Em 1977 (Janeiro) inicia-se o curso com o novo plano de estudos, constituindo-se num marco importante na formação dos enfermeiros, pois fora extinto o curso de auxiliares, passando este a ser o único nível de formação inicial. Na opinião de Sousa (1987), este plano de estudos caracterizava-se pela idoneidade para que o ensino de enfermagem pudesse ser integrado no Sistema Educativo Nacional.

Uma questão que nos interessa fazer emergir prende-se com a relação entre as disciplinas de orientação vocacional e o seu reconhecimento ou não pela comunidade científica, isto numa perspectiva do estatuto da disciplina.

Segundo Goodson (p.77), "na década de 50, a posição ocupada pelos estudos biológicos avançados nas escolas, principalmente nas escolas dos rapazes, é infelizmente uma posição de formação vocacional e não de instrumento de educação", o que na perspecti-

va do mesmo autor confirma "o baixo estatuto dos elementos utilitários na hierarquia dos estatutos das disciplinas", sendo que em sua opinião "a biologia, como as outras ciências, deveria ser ensinada «sem qualquer tentativa de tendência vocacional, mas em linhas académicas ortodoxas»".

E com a enfermagem? Que raciocínio poderemos fazer?

Para o mesmo autor, os elementos utilitários e pedagógicos da Biologia que retardam o seu progresso para um estatuto académico elevado, foram encontrados na Biologia humana e em certos aspectos do trabalho de campo da disciplina.

Deste modo, o desenvolvimento da Biologia de campo está por vezes em oposição às pressões para um aumento do estatuto.

Uma questão idêntica, coloca Luz (1995) ao referir que se é verdade que a formação do estudante de enfermagem não pode estar dependente das necessidades pontuais dos serviços de saúde, também o afastamento para a escola/sala de aula, com experiências práticas guiadas por objectivos pedagógicos, levanta questões fundamentais.

A finalidade do plano de estudos de 1976 é a de promover nos estudantes uma formação polivalente que lhes permita actuar junto do indivíduo, família e comunidade, no sentido de participar no diagnóstico e solução de alguns problemas de saúde, preparando o enfermeiro para ser agente de mudança numa perspectiva de actor do Serviço Nacional de Saúde.

De acordo com Bessa (1987) e Mendes (1992) as inovações introduzidas com este plano de estudos, foram de vária ordem, de que salientamos as constantes no quadro nº 1.

A formação de enfermeiros passa assim a ser centrada de forma mais objectiva na saúde e nas ciências sociais, passando a valorizar-se os cuidados de enfermagem centrados na pessoa e não na doença.

Kérouac et al (1994), consideram que a orientação é para a pessoa (enfermeiro e utente). A saúde é um ideal a conseguir e é influenciada pelo contexto no qual a pessoa se insere. O enfermeiro ao avaliar as necessidades da pessoa tendo em conta a sua globalidade, torna-se um conselheiro, age com a pessoa e não para a pessoa. Segundo esta autora, uma orientação deste tipo é caracterizada pelo reconhecimento de uma disciplina de enfermagem distinta da disciplina médica. Estamos em presença do que refere Goodson, quanto aos conteúdos específicos. Parece-nos no entanto que o problema continua a manifestar-se porque não é significativa a mudança de orientação, para que mude o esta-

tuto, em similitude pelo também referido por Goodson relativamente à disciplina de Biologia.

Mas, as mudanças dos currículos não significam só por si as mudanças no sistema, pois sabemos que "quando o interno e o externo estão em conflito (ou dessincronizados) a mudança tende a ser gradual ou efémera". (Goodson, 1997, p.29).

Na perspectiva do mesmo autor "as mudanças organizacionais (do plano de estudos Escola e Serviços) foram implementadas, mas as categorias institucionais, dependentes de grupos de apoio externos, mostram-se resistentes à mudança". É muito improvável que a mudança organizacional, sem um apoio ou acompanhamento ao nível institucional (isto é, com significado para grupos mais vastos), venha a ter efeito a longo prazo. O que se pode também inserir nas propostas de Boudon (1990), quanto às teorias de mudança social, numa perspectiva de factores exógenos e endógenos.

Esta concepção de pessoa e da compreensão das suas necessidades, de acordo com Pearson (1992), leva a disciplina de enfermagem a englobar outros conhecimentos que não sejam apenas os da patologia e da doença e a alterar a sua prática de cuidados de forma a cumprir os objectivos da mudança.

A exigência no que concerne às condições de acesso foi-se aproximando das exigidas para a entrada na Universidade, sendo que em 1979, é publicado o Decreto-Lei nº 98/79 de 6 de Setembro, através do qual passa a ser requisito de admissão o curso complementar do ensino secundário ou equivalente. Podem ainda concorrer os candidatos com o curso geral dos liceus e aprovação em exame com características idênticas às do exame extraordinário de avaliação de capacidades para acesso ao ensino superior.

Só na década de 80 o plano de estudos é revisto, sendo publicado a 24 de Agosto de 1987 o resultado da revisão, que inclui os programas das diferentes disciplinas.

Em nossa opinião coloca-se uma questão que é cumulativa a todas as épocas e que se relaciona com o facto de as disciplinas escolares funcionarem como arquétipos de divisão e fragmentação do conhecimento nas nossas sociedades. (Goodson, 1997, p.32).

Numa sociedade organizada em função da distribuição desigual pelos diferentes actores (sociedades de classes), não sendo possível aumentar indiscriminadamente os recursos, a sua distribuição passa exactamente por retirar a uns e a dar a outros.

Daí que Haft e Hopmann citados por Goodson (p.33), referem que é necessário um sistema educativo elaborado para ser capaz de produzir a legitimação da distribuição dese-

jada, aspecto sobre que iremos reflectir em seguida na lógica da construção social do currículo.

O plano de estudos a que fizemos referência anteriormente, foi elaborado por um grupo de enfermeiros e entretanto não foi submetido a discussão dos intervenientes mais directos (professores e alunos), mas sim à aprovação pelo Departamento Central do Ministério da Saúde, responsável pelo ensino de enfermagem (até à integração no sistema educativo nacional, com consequente autonomização das Escolas).

Assim este plano caracterizou-se ainda, mais como um "catálogo disciplinar de objectivos e conteúdos" e não como um meio que promova a negociação e a concretização da disciplina a vários níveis e por diversos intervenientes, como refere Goodson (p.51) "a disciplina pode ser pré-activa ao nível das directrizes (...) dos planos de estudo, mas é negociada interactivamente em níveis subsequentes: o grupo disciplinar, a sub-cultura disciplinar, a micropolítica diária da disciplina na escola e o habitus da disciplina, e as rotinas diárias da sala de aula por parte do professor da disciplina".

Nesta perspectiva, a disciplina escolar deve assentar em valor e moeda no mercado da identidade social. Este mercado exige uma moeda-padrão, estável, de tipificações sociais.

Parece-nos que o facto de a disciplina de enfermagem começar a surgir com a mudança de paradigma e procurar ser a referida moeda de troca no processo identitário dos enfermeiros, pode fazer com que a aceitação da disciplina médica como categórica neste processo, seja desvalorizada não pelo seu estatuto que continua a manter, mas pelas contradições insustentáveis (...) mudanças paradigmáticas, mudanças organizacionais ou mudanças nas exigências dos grupos externos (Goodson, p.52), o que nos parece ser aplicável ao facto de estarmos na enfermagem, numa ruptura com o paradigma biomédico; as organizações (Escola e Serviços) procurarem entrar numa lógica de qualificação através dos seus actores e por último o desenvolvimento da consciência da auto-aprendizagem e auto-responsabilização do cidadão/pessoa pela sua saúde, o que o torna mais exigente em relação à qualidade dos cuidados de saúde.

No quadro nº 1 apresentam-se os elementos caracterizados por nós, considerados como ilustrativos das alterações introduzidas à formação dos enfermeiros, com o Despacho Ministerial de 24 de Setembro de 1987.

As disciplinas para progredirem necessitam de superar as suas origens pedagógicas e utilitárias, bem como as dificuldades originadas pela sua preocupação com questões sociais e humanas.

O estatuto tão reclamado pelos membros da comunidade disciplinar de enfermagem, pode passar pelo que Carvalho (1993) refere: "assiste-se hoje a uma rápida expansão do volume de conhecimentos, a uma crescente interdisciplinaridade e a um incremento do papel da ciência na esfera produtiva da vida quotidiana". Gotifredi (1993) considera a ideia da Universidade / Ensino Superior centrada na articulação dos seus conhecimentos/saberes interdisciplinares com o estabelecimento de estratégias que visem um desenvolvimento integrado e centrado na satisfação das necessidades sociais.

A integração do ensino de enfermagem no nível superior, era uma aspiração, na nossa perspectiva perfeitamente justa. Apesar de em 1971 se terem desenvolvido os primeiros estudos para a integração do ensino de enfermagem no sistema educativo, relacionados com a reforma educativa do Ministério da Educação, só em 1978 é feita a primeira tentativa, conforme referimos antes.

É na década de 80 que é abordada a necessidade da integração do ensino de enfermagem no sistema educativo, com base no relatório elaborado por um grupo de trabalho constituído por representantes do Ministério da Saúde e do Secretário de Estado do Ensino Superior, onde é valorizado e considerado necessário o reconhecimento académico dos enfermeiros.

A dupla tutela ainda existe no que concerne ao ensino de enfermagem ¹, surge com um despacho conjunto dos Ministérios da Saúde e da Educação, publicado em 22-2-1985, onde se definem as bases da integração do ensino de enfermagem, através de alguns princípios fundamentais:

- a educação em enfermagem é de nível superior e deverá garantir o equilíbrio entre a competência académica e científica e a competência técnica e profissional;
- a orientação e a responsabilidade da educação em enfermagem continua a pertencer aos professores de enfermagem, no sentido da salvaguarda da autonomia da mesma;

- continua a existir um só nível de formação, sendo o actual curso de enfermagem substituído pelo curso superior de enfermagem, que confere o grau de bacharel;
- os professores de enfermagem devem possuir formação equivalente e os mesmos graus académicos, requeridos aos docentes dos cursos de igual nível;
- as habilitações literárias de acesso à formação de base em enfermagem deverão ser do nível exigido para o ensino superior em geral;

Neste despacho é ainda nomeado o grupo de trabalho que estudou e preparou os diplomas legais necessários à prossecução do processo.

¹ Situação alterada pela Resolução do Conselho de Ministros de 19/12 de 1998, passando a tutela a ser exercida exclusivamente pelo Ministério da Educação, a partir de 1999.

De entre os vários diplomas publicados, destacamos o Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro, que integra o ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, a nível do ensino superior politécnico. O curso será ministrado em Escolas Superiores de Enfermagem, tuteladas pelos Ministérios da Educação e da Saúde. (1º Curso Superior de Enfermagem inicia em 18 de Abril de 1990).

Tendo o ensino superior e de acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo (LBSE), 1986, como objectivos centrais, elaborar saberes em permanente renovação através da investigação e difundir esses saberes através do ensino, é-lhe socialmente reconhecido o papel de formação de pessoas que contribuam para o desenvolvimento do país, nas diferentes áreas.

No que concerne à formação pós-graduada e após a integração no Sistema Educativo Nacional, aos enfermeiros foi reconhecida a possibilidade do desenvolvimento de estudos na Universidade.

A integração nas Universidades/Ensino Superior, permite aos enfermeiros sair do espaço unidimensional do Hospital-Escola e libertar-se da lógica reprodutiva dos modelos sociais; permite o acesso a domínios do conhecimento diversificados, contribuindo desta forma para o enriquecimento do grupo profissional (Collière, 1982).

É também desta forma que se enfatiza a necessidade de uma profissão se questionar constantemente sobre o que é, o que faz, a quem se dirige e como é percebida.

Nesta lógica de formação dos enfermeiros a nível superior, o estudante será melhor preparado para atingir o nível e a qualidade de competências que os cuidados de saúde actualmente requerem; melhor se adaptar a uma carreira; fazer face aos múltiplos pro-

blemas que lhes surgem, adquirir hábitos de raciocínio analítico e executar por sua iniciativa a investigação sistemática, indispensável aos cuidados de enfermagem, enquanto disciplina.

No entanto, concordamos com Luz (1995) quando se questiona se os contextos onde se desenvolve o processo ensino-aprendizagem podem ou não ser facilitadores de todo esse processo, na perspectiva de desenvolvimento, mudança e inovação.

Refere a mesma autora que a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional a nível do ensino superior, não resolve todos os problemas da formação, nem tão pouco da profissão, mas acreditamos que será da cooperação Escola/Serviços de Saúde, do desenvolvimento de uma acção com ênfase em bases científicas (e citando Sousa, 1992, p.78), "programas de formação dinâmicos, activos e uma organização escolar cada vez mais exigente, mais aberta à inovação e mais competente", que permitirá elevar a qualidade profissional.

A Escola

Durante muitos séculos o ensino superior foi da responsabilidade das Universidades.

De acordo com Serra (1982), à universidade eram concedidos alguns privilégios (...) entre outros outorgar graus como consequência de um saber adquirido (...) estes graus eram reconhecidos pela sociedade civil e, de acordo com a ciência a que diziam respeito, habilitavam para exercer as profissões intelectuais.

É o que Goodson diz ser o papel das universidades "é evidente que as universidades estavam a favor de «mentes superiores» e desenvolviam currículos para «formar a mente». Estavam inequivocamente a favor da «cabeça mais do que das mãos»; «formar a mente» era o seu domínio exclusivo.

Podemos dizer que existe uma relação entre a ideia de Universidade e de uma concepção de cultura, que era uma prerrogativa das classes superiores altas. De acordo com Peixoto (1989) e Martins (1993), a educação de nível superior e o acesso à mesma, era reservado essencialmente a indivíduos provenientes das categorias sociais mais ou menos privilegiadas.

Com as mudanças sociais em 1974, surge a reivindicação social de um modelo de desenvolvimento mais igualitário, facto que levou ao crescimento da população estudantil e por sua vez a uma abertura do sistema educativo, que leva a universidade a abrir

as portas a milhares de estudantes que procuram o ensino superior – Democraticidade da formação a nível superior.

No dizer de Boaventura Sousa Santos (1994) a educação de nível superior, que fora inicialmente transmissão de alta cultura, formação do carácter, modo de aculturação e de socialização adequado ao desempenho da direcção da sociedade, passou a ser também educação para o trabalho através do ensino de conhecimentos utilitários e aptidões técnicas especializadas capazes de responder a desafios de desenvolvimento tecnológico. No espaço de produção, por outro lado, o trabalho que fora inicialmente desempenho de força física na utilização dos meios de produção, passou a ser também trabalho intelectual, qualificado, produto de uma formação profissional mais ou menos prolongada.

Parece-nos ser este ponto de vista congruente com o apontado por Goodson (1977, p.100) quando refere que "o ensino pode ser relacionado com a experiência cultural das classes baixas (...) é o conhecimento que pode ser contextualizado - não abstracto, não clássico, não requintadamente descontextualizado..." essencialmente porque em nossa perspectiva se liga com a opinião de Collière (1992, pp 202-204), quando refere que os efeitos de formação de nível superior, são ainda muito reduzidos a nível da prática quotidiana dos cuidados, salientando para esta situação os seguintes aspectos:

- O passado doutrinal, dando à pedagogia um lugar de prioridade em que a prática profissional se baseasse ela própria numa estratégia de ensino, o que conduz a uma não clarificação do objecto de trabalho da enfermagem e consequentemente das competências.
- A prática de enfermagem que além dos aspectos éticos, se baseou no conhecimento tradicional onde o desempenho dependia mais da boa consciência, da dedicação e do dever moral, fazendo com que as enfermeiras não questionassem o dia-a-dia, no que concerne à aplicação e desenvolvimento de conhecimentos.
- A procura de valorização pessoal através de outra formação superior, com dificuldades de fixação ao novo saber, essencialmente por déficite de reflexão da prática dos cuidados.

Pensamos nós que, entretanto a mudança de paradigma ensaiado essencialmente nas Escolas e por nós já referido, permitirá o questionar da natureza, do conteúdo e da perspectiva dos cuidados de enfermagem, essencialmente pelo contributo das ciências sociais e humanas, com contribuição que pretendemos seja clara para a relação conhecimento/saberes teóricos/saberes práticos.

A sociedade no seu actor-cidadão/pessoa, exigirá que os enfermeiros encontrem na formação em estabelecimento de ensino superior, melhores possibilidades de interacção interdisciplinar que os prepare para o trabalho em equipa, oferecendo igualmente condi-

ções favoráveis ao desenvolvimento de métodos científicos, de investigação, assim como ao ensino e à aprendizagem interprofissional (OMS, 1990, p.7), factores estes relevantes ao nível da competência exigida para intervir no local de trabalho.

A partir dos anos setenta, a política educativa parece ter sido orientada no sentido de se criarem espaços plurais e convergentes, sendo que o acesso e o alargamento de oportunidades a dar aos estudantes constituíram o princípio organizador do ensino superior.

Esta medida parece ter alguma similitude com a formação em enfermagem quando em 1973, pelo Decreto-Lei nº 243 de 16 de Maio, dando corpo à política de saúde de então – foram criadas Escolas de Enfermagem em todas as capitais de distrito, a fim de dotar os serviços de saúde de pessoal de enfermagem, em especial em zonas mais periféricas.

Concretamente, a criação da “nossa” Escola culminou um processo iniciado no princípio da década de 70, por iniciativa de individualidades locais e regionais no sector de saúde, que levaram até aos órgãos do poder os seus anseios de ver a cidade e a região dotadas com um estabelecimento de ensino de enfermagem, à semelhança do que vinha acontecendo com outros distritos. (ESES, 1997, p.14).

De acordo com a Lei de Bases do Sistema Educativo (Lei nº 46/86 de 14 de Outubro) o sistema constitui-se no conjunto de meios pelo qual se concretiza o direito à educação.

O ensino superior compreende o ensino universitário e o ensino politécnico, constituindo um sistema binário de organização do ensino superior, não vistos como sistemas isolados, mas como Carneiro (1998) designa de “binómio compensado”.

A formação neste sub-sistema caracteriza-se no dizer de Lynce (1993) por ser de nível superior e permitir dar resposta, por um lado, à procura por parte dos estudantes de outras vias de ensino mais vocacionadas para a vida activa e para o mundo do trabalho, onde os estudantes possam obter uma formação académica superior e um ingresso directo no mercado de trabalho, sem contudo lhes ser restringida a progressão de estudos; e por outro lado, responder à necessidade cada vez mais complexa e variada do actual mercado de trabalho.

Ainda segundo a LBSE, este tipo de ensino tem características profissionais, é uma formação integrada, quer científica, quer técnica, quer prática que vai formar técnicos de nível superior em vários domínios profissionais, que faz sentido no actual contexto do sistema português.

As condições de acesso aos cursos são as condições gerais de acesso ao ensino superior. Os cursos são ministrados em estabelecimentos de ensino de âmbito regional “as esco-

las superiores”, as quais se podem agrupar em Institutos Politécnicos, de acordo com a Lei nº 54/90 de 5 de Setembro, que veio conferir o estatuto e autonomia aos estabelecimentos de ensino superior politécnico.

Os Institutos Politécnicos são considerados como

“pessoas colectivas de direito público, dotadas de autonomia estatutária, administrativa, financeira e patrimonial, (...) são instituições de ensino superior que integram duas ou mais escolas superiores; têm personalidade jurídica e gozam de autonomia científica, pedagógica, administrativa e financeira. As escolas são centros de formação cultural e técnica de nível superior, às quais cabe ministrar a preparação para o exercício de actividades profissionais altamente qualificadas e devem ter um papel de intervenção no meio e apoiar o desenvolvimento regional”.

É neste contexto que se dá a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional (DL nº 480/88 de 23 de Dezembro), sendo ministrado em escolas superiores de enfermagem (não integradas) que gozam de autonomia administrativa, técnica, científica e pedagógica, regulamentadas pelo DL nº 205/95 de 8 de Agosto, competindo-lhes:

Artº 2º

2. (...) organizar e ministrar:
 - a) o Curso Superior de Enfermagem
 - b) Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem
3. Os planos de estudos dos cursos previstos (...) serão aprovados por portaria conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde, sob proposta dos conselhos científicos das escolas.

No âmbito das competências anteriormente referidas, cada Escola elaborou o respectivo plano de estudos que submeteu à aprovação pelos ministérios da tutela.

O plano de estudos obedeceu a linhas gerais emanadas pelo Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde, no sentido de “evitar grande disparidade entre os planos dos cursos superiores de enfermagem sem, no entanto obstar a que cada escola exerça plenamente a autonomia pedagógica e científica conferidas pelo DL nº 480/88”.

Com esta possibilidade saímos da lógica do plano de estudos nacional, para entrarmos numa lógica mais consentânea com os objectivos do ensino superior politécnico, em que a escola superior deve assumir-se como o centro de recursos da região, devendo prestar serviços especializados à comunidade, colocando-se à disposição das instituições, tendo em vista a utilização de todos os meios para a difusão do conhecimento. Devem ainda dar um apoio continuado aos seus diplomados, de informação tecnológica e científica e também na inserção profissional. (Lourtie, 1989)

O Curso Superior de Enfermagem (nível bacharelato) é regulamentado pela portaria nº 195/90 de 17 de Março, tendo o curso entrado em funcionamento a 18 de Abril de 1980.

Sobre os aspectos que caracterizam o Plano de Estudos da Escola, destacamos no quadro nº 2, os que consideramos mais relevantes, no que concerne à evolução do modelo de formação através do currículo elaborado a nível local, de acordo com o processo de autonomização das escolas.

A integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional caracterizou-se durante uma década, pela dupla tutela dos Ministérios da Saúde e da Educação, em que o primeiro Ministério como principal empregador dos enfermeiros e no seguimento de uma tradição tutelar sobre as escolas e os currícula, perpetuou a capacidade de influenciar as tomadas de decisão das escolas quanto a aspectos fundamentais como: *numerus clausus*, estrutura organizacional dos planos curriculares, entre outras.

O Processo de autonomização anteriormente referido e consubstanciado na legislação específica, reforçou o movimento no qual o "sistema de formação em enfermagem" reclama a integração plena das escolas em estruturas já existentes ou a criar no âmbito do Politécnico, bem como a passagem para a "unitutela" do Ministério da Educação, assumindo-se de vez uma postura que rompe com a tradição da tutela exclusiva por parte da entidade empregadora.

Estamos no entanto de acordo com Resende e Vieira (1990) quando refere

”a reconversão do ensino médio em ensino superior de curta duração (1977) e, posteriormente, em ensino superior politécnico (1979) (Lourtie, 1989), realizado quer por contingências de pressões sociais e lutas desenvolvidas no interior do campo escolar no pós 25 de Abril, com vista a uma equiparação simbólica deste ensino com o prestigiado ensino universitário, quer por corresponder a uma explícita estratégia política de expansão regional do ensino superior à custa de um ensino médio reestruturado, não vem alterar substancialmente a matriz dos saberes anteriormente oferecidas...”.

Nesta linha de raciocínio interessa-nos problematizar a situação do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico, na perspectiva de uma cultura de formação baseada no técnico-profissional, mas em que desde há muitas décadas se procura desenvolver uma lógica de formação não exclusivamente técnica, mas também e profundamente social e humana, em que o nível de formação superior permitirá no dizer de Basto (1985, p.60) “garantir o equilíbrio entre a competência técnica e profissional”, sendo nossa opinião que ao centralizar o cuidado na pessoa doente, implica que o enfermeiro não seja um mero executor técnico por delegação de outrem, mas sim um profissional competente para tomar decisões contextualizadas.

Elevando o valor social e simbólico dos cursos e respectivos títulos académicos, que passaram a conferir o bacharelato e nalguns casos a licenciatura, permitiu-se a entrada de um maior número de estudantes no ensino superior, com repercussões em termos de distinção social entre os estudantes que seguem a via universitária e os que seguem a via do politécnico, nas dimensões “origem social e socio-espacial da população de estudantes do ensino superior”; “trajectórias escolares e condições de acesso ao ensino superior” e “desigualdade de oportunidades no ensino”, de acordo com Cnases-Ceos, 1997.

Este processo sai fortalecido com a decisão política em que a formação inicial em enfermagem passa a ser organizada em quatro anos, conferindo o grau de licenciado em enfermagem, aos estudantes que terminarem com sucesso este período de estudos.

Os Estudantes

Segundo Resende e Vieira (1992) a comprovar-se noutros estudos a distinção sociológica (entre os estudantes que procuram e entram no ensino universitário e os que têm acesso ao politécnico), não é absurdo afirmar que estamos perante duas vias (cada qual por sua vez internamente hierarquizada), para acolher alunos de meios sociais diferentes, consolidando, deste modo, o valor simbólico atribuído ao espaço universitário comparativamente ao menor crédito reconhecido ao politécnico.

O ensino universitário público compreende uma maior proporção de estudantes oriundos de famílias com um grau superior de qualificação e credencialização. Em contrapartida verificamos que no politécnico público, os pais tendem para um nível de qualificação inferior (...) sendo que os estudantes com trajectórias escolares menos regulares e “menos excelentes” se encontram em maiores proporções nos subsistemas politécnico público (...) e nos bacharelatos (Cnases/Ceos, 1997, p.95).

Não existindo um estudo que caracterize sociologicamente o candidato ao curso de enfermagem, pensamos poder introduzir alguns dados que caracterizam os candidatos a estudantes à “nossa” Escola no ano lectivo 96/97, nalguns aspectos das dimensões atrás referidas.

Assim, apresentamos o quadro nº 3, onde relacionamos as diferentes notas de candidatura, onde podemos verificar que a maioria dos candidatos admitidos tem uma nota de candidatura que se situa entre os 100 e os 150, enquadrando-se no 3º escalão, salientando-se que quatro dos candidatos têm nota de candidatura superior a 150.

Quadro nº 3 – Classificações obtidas no concurso de acesso pelos candidatos admitidos no ano lectivo 96/97.

	ESCALÕES	NOTA CAND.		BIOLOGIA		QUÍMICA		OBSERVAÇÕES
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
≤ 60	1º	-	-	-	-	-	-	4 dos candidatos não

> 60 ≤ 100	2º	-	-	1	3,6	8	28,6	apresentaram qualquer nota relativa a Biologia e Química no processo individual
> 100 ≤ 150	3º	28	87,5	13	46,4	18	64,3	
> 150	4º	4	12,5	14	50	2	7,1	

Fonte: Escola Superior de Enfermagem de Santarém (1997) – Relatório de auto-avaliação.

O que nos sugere a comparação com o referido em CNASE/CEOS (1997, p.95), “... a população com melhor prestação escolar, sem reprovação e com médias de entrada mais elevadas, concentra-se quase exclusivamente nas instituições do ensino Universitário Público”, pela diferença que parece estar presente.

Ainda relativamente aos candidatos admitidos no 1º ano curricular (96/97), 64% escolheram o curso superior de enfermagem como 1ª opção e, 8% como 2ª opção, 4% como 3ª opção; 8% como 5ª opção e 16% como 6ª opção (ESES, 1997, p.56), o que poderá ser compreendido pelo facto de, apesar do “Ensino Universitário público continuar a ser a principal opção – 65% dos inquiridos candidatou-se em 1º lugar a este subsistema – (...) o estudante candidato ao ensino politécnico público é o mais constrangido, face a um sistema de escolhas e restrições de ingresso que determina uma trajectória escolar que por vezes não deseja claramente, ou que, no caso de ser desejada, parte basicamente da consciencialização dos constrangimentos que surgem perante os candidatos na hora da escolha das opções de candidatura” (CNASE/CEOS, 1997, p.96).

Os Professores de Enfermagem

Em nossa opinião a formação em enfermagem a nível superior, parte de uma premissa extremamente importante, que é esta: não se pense que o facto de se ter integrado o ensino superior, vem remediar ou resolver um conjunto de problemas. Uma das questões a colocar é: o papel do professor antes é um papel idêntico ao do actual professor, ou não? Sendo nós “professor de enfermagem” e investigador, esta reflexão levanta-nos também a questão de quem são os professores de enfermagem actualmente?

Os professores de enfermagem actualmente são licenciados em enfermagem, que desenvolveram o conhecimento experiencial da orientação e da formação teórica e orientação no trabalho, e para além desse conhecimento experiencial desenvolveram o

conhecimento baseado na formação formal escolarizada, por meio do qual atingiram os diferentes níveis de formação a que estavam sujeitos. Após a integração do ensino de enfermagem no ensino superior, atingiram a possibilidade da obtenção do grau de mestre, sendo que se tem dado uma grande ênfase nos estudos desenvolvidos por enfermeiros, ao nível dos professores de enfermagem, através do questionamento da formação tanto teórica como teórico-prática.

E portanto, o professor de enfermagem actualmente é alguém que se responsabiliza, tal como anteriormente, pela formação teórica no que respeita à enfermagem e a alguns conteúdos complementares à disciplina nuclear e mantém a responsabilidade da coordenação de todas as outras áreas disciplinares complementares à enfermagem, na formação teórica. Na formação clínica, digamos, um professor de enfermagem dada a sua delimitação de funções que levam mais ao desenvolvimento do conhecimento abstracto, e da ênfase que é necessário colocar no desenvolvimento da formação teórica, como que ficou um pouco mais desviado daquilo que é a prática da prestação de cuidados.

Esse desvio, quanto a nós é perfeitamente possível desde que se procure trabalhar a questão de quem orienta os alunos em situação de trabalho. Isto é, quem assume efectivamente a responsabilidade dessa mesma orientação. Parece-nos que a orientação deve caber em termos de parceria ao professor e aos enfermeiros dos locais de trabalho que prestam e gerem os cuidados de enfermagem.

Esta, digamos é a lógica que nos leva a procurar estudar aquele espaço que está entre a formação teórica e a formação prática e onde parece existir a tal dissociação entre o conhecimento prático e o conhecimento teórico. Entre aquilo que se aprende teoricamente e aquilo que se operacionaliza na prática quotidiana, na prática real.

Ora, este espaço, esta “brecha”, entre estas duas dimensões que em termos da socialização dos enfermeiros (de estudante a enfermeiro), se deve procurar que exista continuidade, a forma que encontramos de a estudar é através do processo, indo através daquilo que é a operacionalização das acções, do conjunto das acções que se realizam no quotidiano, no contexto real de trabalho. Através desse processo procuramos compreender o significado, o simbolismo que, quem constrói esse processo, (os diferentes actores que constroem o processo de cuidados), atribui às acções que desenvolve.

A cooperação com as organizações prestadoras de cuidados numa perspectiva inter-organizacional permite o desenvolvimento do ensino clínico, considerado por Martin (1991, p.162) “como um meio privilegiado na formação do estudante de enfermagem, porque permite a individualização do ensino, o contacto privilegiado pessoa a pessoa”.

A relação teórico-prática trabalhada no momento, em situações que sendo específicas do ensino clínico e indispensáveis à construção de habilidades profissionais nos futuros enfermeiros, são difíceis de encontrar noutras situações pedagógicas. O ensino clínico é um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, promovendo o encontro entre os diferentes intervenientes nos contextos de formação/trabalho, como veremos adiante.

Desenvolve-se sob a responsabilidade de professores de enfermagem, com a colaboração de enfermeiros qualificados, das organizações prestadoras de cuidados. Compete à Escola assegurar a adequada coordenação entre a componente do ensino teórico e a componente do ensino clínico. Podemos verificar, que existe uma legitimação legal de uma estrutura, entendida aqui como os elementos estáveis de um sistema, por oposição aos seus elementos variáveis, alguns dos quais procuramos equacionar seguidamente.

Na nossa perspectiva a divergência de linguagem que dificulta a comunicação entre professores de enfermagem e enfermeiros que prestam cuidados, poderá estar na base das dificuldades de aproximação entre a formação teórica e a formação prática.

Os professores de enfermagem, a fim de promoverem uma aprendizagem adequada aos estudantes que orientam, necessitam participar activamente da organização dos cuidados, envolvendo-se na identificação de áreas problemáticas e colaborando na inventariação de estratégias a desenvolver e atitudes a tomar, o que nem sempre acontece.

O professor de enfermagem quando orienta estudantes em ensino clínico, pode tomar uma de duas atitudes face à equipa de enfermagem e que se caracterizam do seguinte modo, na nossa perspectiva:

- promover a integração dos estudantes na organização dos cuidados de enfermagem, orientando-os com o envolvimento dos restantes actores do processo, com especial ênfase para os enfermeiros;
- isolar-se com os estudantes do espaço social produzido pelos diferentes actores, mantendo-se no espaço físico numa perspectiva da criação de um «laboratório de aprendizagem».

O estudante ao aperceber-se da dicotomia referida na segunda situação, procura aprender com o professor a enfermagem ideal e com o enfermeiro a enfermagem real.

Pensamos que o futuro enfermeiro (enquanto estudante) desenvolveu a construção do que é ser-se enfermeiro, bem como onde, como e com quem se aprende realmente a sê-lo.

Esta construção pessoal advém da socialização feita com os outros significativos (Berger e Luckman, 1973) colocando-nos a questão, se estes podem ser os professores, os enfermeiros prestadores de cuidados, os médicos, as auxiliares de acção médica, os doentes, isto numa perspectiva das relações sociais estabelecidas entre estes diferentes actores na produção de cuidados.

No capítulo 1.3, iremos procurar reflectir estas questões, numa lógica de importância dos saberes reconhecidos e legitimados, para a clarificação do estatuto de uma disciplina ou de uma ciência.

O ensino clínico entendido como meio pedagógico, faz com que lhe atribuamos um significado importante no âmbito dos modelos de formação, sendo nesta perspectiva que o abordamos em seguida.

O ensino clínico como campo de formação de enfermeiros

A estrutura curricular do curso inclui de forma adequadamente articulada, o ensino teórico e o ensino clínico.

O primeiro tem como objectivos a aquisição pelos estudantes, dos conhecimentos, compreensão, aptidões e atitudes profissionais necessárias para planear, prestar e avaliar cuidados globais de enfermagem.

O ensino clínico tem como objectivos assegurar ao estudante a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos, em contacto directo com o indivíduo e/ou com uma comunidade.

No currículo em uso na Escola Superior de Enfermagem de Santarém, o ensino clínico é conceptualizado como a “formação em enfermagem, pela qual os estudantes aprendem integrados numa equipa, em contacto directo com o indivíduo saudável ou doente, ou com uma comunidade, a planear, a executar e a avaliar os cuidados globais de enfermagem”, encontrando-se uma diferença explícita em relação ao referido anteriormente, que é a participação dos enfermeiros da prestação de cuidados, bem como de outros actores destas organizações: médicos, auxiliares de acção médica e outros. O ensino clínico desenvolve-se sob a forma de estágios nos diferentes, espaços onde são produzidos cuidados de saúde: comunidade e nas organizações – hospital e centro de saúde.

Pretende-se que os estágios se realizem em diferentes contextos da actividade profissional do enfermeiro, de forma a permitir ao estudante a aplicação e a integração de conhe-

cimentos, no sentido do desenvolvimento das competências necessárias ao exercício das funções correspondentes à globalidade dos cuidados de enfermagem.

Verifica-se de novo a ênfase que é dada aos locais de estágio, como campos de formação, sendo o ensino clínico organizado de forma a permitir um conjunto coerente nos domínios cognitivo, afectivo e psicomotor.

A nossa opção pelo ensino clínico foi tomada com base nas preocupações anteriormente referidas e, porque o consideramos importante para a formação de enfermeiros, sendo mais um meio pedagógico, que um fim em vista.

Esta é também a perspectiva de Wong e Wong (1987, p.505), que reconhece "o ensino clínico como uma componente essencial de «Educação Profissional», nas unidades de prestação de cuidados e cujos objectivos são preparar os estudantes para a aplicação de conhecimentos adquiridos previamente, aos cuidados a prestar às pessoas; adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, necessários à socialização secundária".

Outra das razões que nos leva a investigar nesta área relaciona-se com o facto de sentirmos que existem barreiras entre quem ensina e quem pratica a enfermagem, para além de que, sendo a pessoa/cidadão o centro do sistema de saúde português, nos interessa estudar a organização dos cuidados pelos diferentes actores, acontecendo estes de acordo ou não com as necessidades manifestas pelas pessoas internadas, por ser nestes contextos que a complexidade do processo de cuidados é maior.

Importa pois, como no dizer de Correia (1997, p.36), que o trabalho da equipa formadora se estruture em torno da dialética do transfert e do contra-transfert que faz com que não seja um trabalho de formulação de respostas tecnicamente eficazes a pedidos explicitados, mas um trabalho sobre os próprios pedidos e sobre o próprio trabalho de formulação de respostas.

O dispositivo de formação não é, nestas circunstâncias, apenas produtor de competências que se acumulariam a outras já existentes.

Para Bernard Honoré (1974, p.134), inscreve-se numa "práxis que se situa «entre». No intervalo. No que separa, no que distingue, na brecha (...) entre o interior e o exterior, entre o sujeito e o objecto, entre a pessoa e o colectivo. Questionar as condições e as expectativas vividas na diferença para ultrapassar as separações onde elas se inscrevem e as delimitam, para as integrar em conjuntos novos".

As mudanças ocorridas no Sistema de Saúde Português ao longo dos anos, determinaram a ênfase na produção de cuidados de saúde nos Hospitais, tendo-se verificado alteração à política de saúde a partir de uma visão hospitalocêntrica, para uma visão centrada no cidadão.

O reconhecimento de que a prática e a educação são ambas essenciais e contribuem de igual modo para o desenvolvimento da enfermagem, leva-nos a equacionar a importância que os contextos onde o estudante aplica os conhecimentos, têm de se tornar lugares onde se elaboram e se validam os saberes, que levarão a que o estudante não seja considerado como um receptáculo a encher, como um molde onde se gravam as competências e os conhecimentos profissionais considerados como adequados.

A relação teoria-prática é ainda hoje algo de difícil, pois a prática é vista como algo de natural, evidente, fazendo parte do exercício profissional, enquanto que o ensino de cuidados é visto como intelectual.

A interdependência destas duas dimensões, passa pela ligação entre o que ocorre nos contextos onde se prestam cuidados, baseada na forma como os mesmos são prestados e numa perspectiva de socialização/formação de pessoas que vão prestar esses cuidados, conforme vimos no capítulo anterior.

A orientação dos estudantes, numa perspectiva de cooperação entre o docente e os actores do processo de cuidados, parece-nos ser o fulcro do sucesso dessa orientação, numa perspectiva de socialização secundária, apontando-se cada vez mais para a lógica de formação interdisciplinar em saúde.

Meleca et al, citados em Wong e Wong (1987, p.505) considera que o “ensino clínico tem sido largamente reconhecido como uma componente essencial e significativa para a educação profissional nos serviços de saúde” dizendo mesmo que “é uma experiência de aprendizagem que se considera como o «coração» da educação profissional, pois proporciona aos estudantes a oportunidade de consolidar contactos, socializar no papel profissional e adquirir valores profissionais”.

Nas organizações onde se prestam cuidados, os estudantes aprendem a operacionalizar a teoria e as habilidades aprendidas no ensino teórico e teórico-prático, a situações reais. Desta forma o conhecimento abstracto começa a ter significado e a revelar-se útil, até porque consideramos o contexto do trabalho como potencializador do desenvolvimento de reflexão profissional e de aquisição de esquemas de raciocínio que se tornarão antecipatórios e indispensáveis para a abordagem de novas situações ao processo de cuidados.

Para Heinz e Elrich citados por Wong e Wong (1987, p.505) “os objectivos major de ensino clínico na educação profissional, são geralmente os de preparar os estudantes para a aplicação dos conhecimentos anteriormente adquiridos, a situações de cuidar, e a aquisição de habilidades profissionais e pessoais, atitudes e valores considerados essenciais para a entrada no sistema de cuidados de saúde”.

Concordamos com Martin (1991) quando se refere a este tipo de ensino, considerando-o ao serviço do estudante, caracterizando-o como sendo aquele em que as actividades são clarificadas com base em projectos dos estudantes, permitindo-lhes deste modo analisar de forma concreta os conhecimentos e atitudes requeridos ao estudante para que ele adapte as tarefas profissionais que lhe são confiadas.

Nesta óptica e, para esta autora “o método pedagógico usado é um meio e não um fim”. (p.164)

As normas e os valores são transmitidos, implicitamente com mais eficácia através do ensino clínico, que quando «ensinados», visto pensarmos que os estudantes aprendem a actuar, a situar-se e a comunicar com a estrutura social, através dos modelos de interacção que os diferentes actores sociais estabelecem com eles.

É nesta perspectiva que concordamos com King, citado por Martin (1991, p.165) quando nos refere, “entende-se que o enfermeiro age no interior de um dado sistema social e em que é activo a três níveis: o indivíduo e o seu sistema interpessoal; o grupo com os seus sistemas interpessoais; e sociedade com o seu sistema social”. Estes autores apontam um conjunto de questões que quanto a nós reflecte a importância que atribuem ao ensino clínico:

- “Que decisões um enfermeiro é chamado a tomar no âmbito do seu papel e das suas responsabilidades?
- Sobre que tipo de informações essenciais, toma as decisões?
- Que alternativas encontramos em cuidados de enfermagem?
- Que alternativas têm os enfermeiros, a partir do momento em que tomam decisões importantes quanto aos cuidados, à cura ou à saúde de um indivíduo?
- Que atitudes e que conhecimentos deve o enfermeiro possuir, para tomar decisões convenientes?” (p.165).

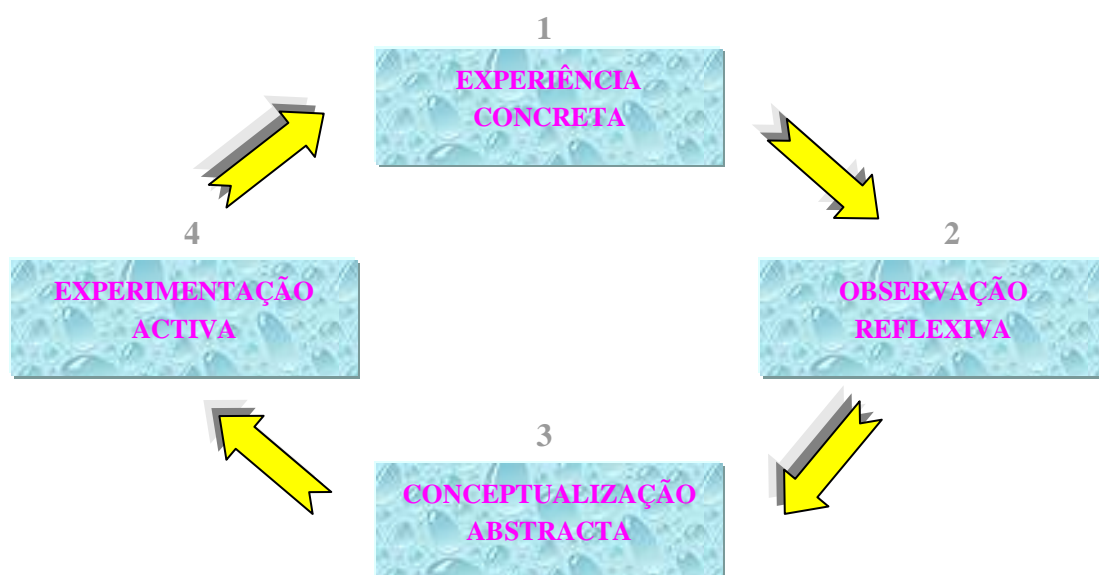
Consideramos muito importante a utilização das experiências, na formação em cuidados de enfermagem, através do fomento da ligação entre a prática do cuidar e os mecanismos de aquisição de competências profissionais.

Estas situações de aprendizagem, consideramos essencialmente aquelas que foram vividas pelos estudantes, numa perspectiva de interrelação com as pessoas, doentes e outros actores do processo de cuidados.

A vivência adquire uma dimensão necessária, no que concerne à possibilidade que permite à pessoa a aquisição de saberes, graças às actividades que desenvolve, sendo que esta necessidade não se limita à destreza manual adquirida, devido à realização das tarefas habituais e estandardizadas, do exercício profissional (socialização no papel de quem cuida), mas a necessidade no sentido da construção cognitiva de um saber em enfermagem.

Martin (1991, p.182) resume e sintetiza esta importância ao apresentar um esquema de Kolb, que transcrevemos em seguida.

Figura nº 1 – Construção cognitiva de um saber em enfermagem



A autora, explicita cada um dos aspectos aqui referidos.

1. “O estudante vive a experiência; reconhece-a como ponto de aprendizagem, implica-se nessa mesma aprendizagem.
2. O estudante está em «escuta activa», «investiga» as suas percepções, as suas emoções, na interacção com os outros (pares ou formadores). Está aberto à sua experiência. Procura múltiplos significados e sentidos. A nível mais individual, é a fase de exploração.
3. A pessoa procura outras associações, outras ligações com conceitos pertinentes, cria-os ou enxerta-os nos quadros conceptuais anteriormente estudados. Graças à referência, generaliza, transfere o produto das suas vivências, assegura-se da sua validade, à escala profissional.

4. A pessoa demonstra os novos comportamentos com base nas suas aquisições acumuladas nas fases precedentes”. (p.182)

Ao aprender através da análise da sua própria experiência, o estudante utiliza o tempo para reflectir nas suas representações, recursos, obstáculos à percepção, à conceptualização ao que preside ao seu desempenho. Para Martin (1991, p.183) “o saber profissional em enfermagem não existe por criação exclusiva, espontânea, «pura» e de forma descontextualizada”.

Por tudo o que equacionámos neste sub-capítulo, parece-nos clara a importância que atribuímos ao ensino clínico como campo de formação dos enfermeiros, concordando com Martin quando refere “realizar o ensino clínico aprende-se, e constitui provavelmente a parte mais complexa do papel do professor (e dos outros actores intervenientes) em cuidados de enfermagem” (p.166), ao não considerar estas premissas corremos o risco de contribuir para a dicotomia entre a teoria e a prática, entre a formação e o trabalho.

Os modos de aproximar a teoria da prática, a formação do trabalho, deve basear-se numa lógica de cooperação interorganizacional e não de competição entre as organizações de saúde e a Escola. Esta cooperação quanto a nós deve alicerçar-se em princípios orientadores da prática formativa, que se associem às crenças e valores inerentes à socialização profissional.

Já o referimos anteriormente ao citar Honoré (1994, p.134) que nos interessa essencialmente estudar e compreender a práxis que se situa «entre», no «intervalo», questionando as condições e as expectativas vividas na diferença para ultrapassar as separações onde eles se inscrevem e delimitar, para as integrar em conjuntos novos”.

Pensamos de forma consistente com Infante, citado por Gross (1993) que existe a "necessidade cada vez maior das Escolas procurarem implementar e desenvolver novos modelos de ensino clínico em colaboração com prestadores de cuidados considerados peritos”.

Particularmente sugerem-se modelos que permitam aos estudantes trabalhar próximos dos enfermeiros, e que estes lhes permitam uma compreensão mais realista das competências requeridas pelo contexto de trabalho, no sentido de preencher as lacunas de qualificação.

Carneiro (1998) refere a este propósito que "o ensino politécnico, pela sua maior proximidade aos problemas da vida real, precisa de repensar todo o modelo pedagógico prati-

cado no seu âmago. Assim, não basta às Escolas procurarem situar-se pedagógicamente na bissetriz entre um ensino secundário avançado e um primeiro ciclo do ensino universitário".

Pensamos que por vezes os paradigmas teóricos produzidos por diversas áreas do conhecimento não são suficientes para analisar as relações estreitas que ligam o ensino, a organização do trabalho e o campo das relações profissionais, pelo que de forma consistente com Dubar e Doray (1989) dever-se-á centrar a abordagem em lógicas intermédias (entre o macrossocial único e o microssocial diverso), onde melhor se classifica a construção das identidades colectivas dos actores, bem como a estruturação dos espaços de qualificação.

Nesta lógica, parece-nos que os modelos de alternância, onde a formação profissionalizante tem lugar em directa articulação com as organizações mediante uma intensa colaboração entre todos os actores sociais (Carneiro, 1998), poderá ser um contributo para a análise do espaço entre a formação e o trabalho.

O reconhecimento de que os pressupostos de alternância se situam na articulação entre a situação de formação e do trabalho, conduz-nos para a procura de respostas à pretensão que referimos no início do capítulo, pois desta forma valorizamos as situações de trabalho real, como situações de formação.

Nesta perspectiva a "alternância" abrange um largo grupo de situações de formação que têm como organizador comum a capacidade de associar teoria e prática, aprendizagem e trabalho, formação e produção (Lesne, 1977; Matias e Pedroso, 1993).

Para Matias e Pedroso, existem três grupos de alternância: a justapositiva, a associativa e a integrativa.

Quanto à integrativa, centra o processo de formação em problemas a resolver ou em projectos a realizar em que os períodos de formação e de acção/trabalho se alimentam mutuamente, gerando um vai e vem contínuo de interrogação de trabalho à formação e vice-versa, o que em síntese se caracteriza por uma "articulação real da teoria e da prática com vista a aumentar simultaneamente, a capacidade de apropriação cognitiva do real e a capacidade de agir sobre o real e a articulação assumida na própria acção de formação" (Lesne, 1977, p.202).

Segundo ADEP (1980); Matias e Pedroso (1993) esta perspectiva insere-se no modelo de alternância interactiva, a que Lesne (1977) designa de alternância real, e onde as situações de trabalho e de formação estão profundamente interligadas, na medida em

que a alternância emerge de um processo de formação centrado na resolução de problemas e projectos a realizar, "uns e outros fazendo simultaneamente apelo à formação teórica e à experimentação e onde os períodos de formação e de trabalho não só se sucedem no tempo, mas se alimentam mutuamente" (Matias e Pedroso, 1993, p.54).

Esta lógica parece-nos integrada no referido por Carneiro (1998) quando refere que "a gestão integrada do conhecimento, alicerçada numa adequada articulação entre os saberes codificado (saber o quê) e o tácito (saber como, derivado da experiência) apresenta-se como um desafio moderno do novo triângulo de aprendizagem que envolve as componentes académica, vocacional e experiencial. Nesta trilogia, o conhecimento tácito é, cada vez mais, factor crítico da competitividade. (...) A interactividade entre capacidades física, cognitiva, emocional e interpessoal é, pois, o resultado de uma aprendizagem social".

Desta forma, parece-nos que privilegiam a sociologia do conhecimento nas organizações, quem o detém, como se gera, quais os mecanismos de difusão e as formas do seu uso, assuntos já referidos anteriormente e a abordar nos próximos capítulos.

Esta aproximação ao modo do trabalho não deverá afectar a aquisição de conhecimentos gerais e científicos nem o desenvolvimento de atitudes e de competências que se concretizam em dimensões como a negociação, o respeito pelos outros, o aceitar o confronto, a cooperação, a tomada de decisão (Blockman, 1987).

Para Carneiro (1998) a metáfora triangular das diversas tipologias de aprendizagem compreende uma ambição forte de integração: "vencer a perigosa fragmentação da sociedade de informação que semeia o sincrotismo e impede a conquista de sentido. Diz ainda este autor que, a experiência é sumariamente importante para a aprendizagem se sobre ela for acrescentado o valor da reflexão".

Apela-se nesta perspectiva ao acesso à máxima experiência das condições concretas que caracterizam a vida real.

Para Luz (1995, p.39) a reforçar esta ideia, o processo de formação deverá permitir a aquisição de um mínimo de qualificações que facilitem a inserção do jovem na vida activa, para o que será indispensável o seu contacto com diversas experiências de trabalho, (Watts, 1983), o que no dizer de Deret e Parlier (1990) promove o desenvolvimento de capacidades de adaptação e de transferência de saberes para novas situações.

Parece-nos poder afirmar que a alternância enquanto modelo de formação, promove a articulação entre o trabalho e a formação, na exploração sistemática das diferentes

metodologias, uma aferição contínua das aprendizagens realizadas nos dois espaços de formação (Escola/Organizações de Saúde), uma aprendizagem das regras e normas específicas da empresa e uma integração gradual do jovem na mesma, que conduz a uma socialização na profissão e no mundo do trabalho (Cabrito, 1994).

Ao promover a clarificação do que está “entre” do que está no “intervalo”, isto é, desenvolvendo o nível de qualificação individual e o nível de qualificação exigido pelas tarefas a desempenhar, visa dinamizar o potencial do indivíduo, o que no dizer de Stahl et al (1993, p.7) "visa ultrapassar a lacuna de qualificações de modo que o indivíduo possa fazer o transfert entre a sua competência potencial e a competência real".

Não esqueceremos, no entanto, que a representação social sobre os saberes oferecidos, é no dizer de Resende e Vieira (1992) “o saber transmitido no politécnico apresenta-se mais desvalorizado em virtude da sua natureza predominantemente técnico-prática”.

Parece-nos que o desafio estará sobretudo na capacidade de diferenciação que segundo Carneiro (1998) deve assentar “na agilidade com que as escolas (politécnico) são capazes de perscrutar, em permanência o mercado e de, em consequência, virar-se para a satisfação rápida das necessidades de educação-formação”.

Refere ainda este autor que este desafio deve assentar no que designa por “ancoragem regional dos politécnicos”, pois numa era de intensa “globalização” o global necessita encontrar contrapartidas no local.

Em nossa opinião, acresce a este desafio a alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo, consubstanciada na Lei nº 115/97 de 19 de Setembro, e que possibilita a partir da alteração ao artigo 13º da 1ª lei, a atribuição do grau de licenciado no ensino politécnico, como formação inicial, reconhecido conforme dissemos anteriormente para a formação em enfermagem.

Se não é a integração no ensino superior suficiente para a mudança, que outros aspectos contribuem para a autonomização da disciplina de enfermagem?

1.3 - AUTONOMIZAÇÃO DO DOMÍNIO DA ACTIVIDADE DE ENFERMAGEM

Sempre que pretendemos descrever os cuidados de enfermagem deparamo-nos com dificuldades que se relacionam com uma diversidade de factores, de que podemos salientar, a especificidade do saber em enfermagem, o estatuto da disciplina / ciência para a enfermagem, e o próprio movimento de profissionalização da mesma.

Quando nos questionamos sobre o objecto de trabalho da enfermagem, consideramo-lo de maneira global, a Pessoa, mas temos dificuldade em referir de forma elucidativa quais são as circunstâncias e as particularidades que conduzem à intervenção dos enfermeiros.

Ao pensarmos no papel do médico, não temos dificuldade em perceber que o que se espera é a cura do corpo doente, através de um diagnóstico rápido e da instituição de terapêutica segura e eficaz. Este é o papel reconhecido no quotidiano, que deriva da imagem atribuída ao médico enquanto técnico que lida com o sistema biológico da pessoa, quando determinadas funções necessitam de ser reparadas.

O estatuto que a sociedade nos atribui, continua a ser o de meros auxiliares do médico, bastando sermos dedicados e carinhosos, para que nos considerem competentes.

Como actores desta mesma sociedade, nós próprios sabemos as capacidades, as qualificações e as competências que desenvolvemos, mas temos dificuldade em assumir um papel mais significativo na construção e desenvolvimento da saúde das pessoas, grupos e sociedade.

Collière (1992, p.285) diz-nos que “nenhuma profissão tem razão de existência se não pode justificar a prestação de um serviço necessário à população e dar provas da sua capacidade para o prestar”.

Martin (1995) refere que “considerar-se como uma disciplina requer práticas, metodologias e saberes muito específicos, reconhecidos simultaneamente pelos membros da profissão e por outros especialistas, saberes elaborados e difundidos de forma muito rigorosa”.

Nós possuímos esses instrumentos próprios, considerando enquanto tal, o processo de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, as metodologias baseadas em modelos teóricos, os métodos de organização e distribuição do trabalho.

Conforme procurámos mostrar nos capítulos anteriores, o movimento de profissionalização, despoletou o reivindicar de um novo estatuto, quanto a nós legitimado pelo que Parsons descreveu como sendo os critérios de análise da profissão médica e consequentemente todas as profissões de serviços:

- alto nível de competências técnicas que exige uma longa formação escolar;
- relação com os clientes caracterizada por uma assimetria ligada à desigual distribuição das competências e ao aspecto instrumental da acção médica;
- respeito por um código de ética;

- renúncia à procura de um proveito pessoal (pouco pertinente para os enfermeiros, caracterizados por um estatuto de funcionários);
- existência de uma autoridade superior (ordem) que interioriza as normas, exerce controle sobre as actividades profissionais e regista os diplomas.

Parece-nos assim, ser essencial a clarificação da especificidade da nossa intervenção, visto considerarmos o nosso papel como evidente e existir já bastante teorização explicadora do que somos.

Fourez, citado por Martin (1995, p.3 e 7) diz “para que uma disciplina possa nascer é necessário que os especialistas consigam criar uma zona de autonomia na encruzilhada de vários grupos sociais”.

Numa perspectiva construtivista, sentimo-nos na necessidade de romper com algumas das nossas representações, distanciando-nos do conhecimento inicial e geral e colocando-nos em posição de dúvida permanente.

Esta é a postura que no dizer de Bachelard permitirá ultrapassar alguns dos obstáculos epistemológicos e permitindo romper com formas de pensamento e acções anteriores e outras novas, mais fundamentadas cientificamente e mais eficazes para questionar o real, conduzindo a uma nova forma de encarar o mundo, que seja contributivo para a clarificação do estatuto dos cuidados de enfermagem.

A evolução do estatuto dos cuidados de enfermagem está intimamente ligado à evolução da sociedade. Como diz Collière (1989) “torna-se urgente que os enfermeiros se concentrem em dar provas do contributo social e económico dos cuidados de enfermagem para a sociedade”.

Para nós a discussão centraliza-se na identidade do campo de competências dos cuidados de enfermagem, realçando a importância das Escolas de pensamento que deram origem aos modelos teóricos, enquanto guias de intervenção dos enfermeiros.

Prestar cuidados tem sido desde os tempos mais remotos uma constante nas sociedades, embora nem sempre se lhe tenha atribuído o mesmo significado.

No sentido da compreensão “deste” significado parece-nos existirem três períodos, que sendo interdependentes, são distintos e constituem-se em “espaços de análise e compreensão” do fenómeno que é o Cuidar em Enfermagem.

Consideramos um primeiro período: a era Pré-Nightingale; um segundo período – de Nightingale às décadas de 50/60 e um terceiro período, que designamos por actualidade e que corresponderá às últimas décadas.

Para a compreensão de alguns traços deste fenómeno, procuraremos ter em conta o facto da profissão de enfermagem ser essencialmente no feminino, associando o seu crescimento ao movimento de emancipação das mulheres e, por outro lado aos reflexos que a modernidade pode ter tido no cuidar, considerando a relação interpessoal como indispensável para que este exista.

A era pré-Nightingale

Para reflectirmos sobre esta temática, situamo-nos em duas perspectivas, sendo uma europeia e outra norte americana. Desta forma pretendemos questionar a evolução do estatuto dos cuidados de enfermagem, não apenas ligado à mulher, mas também considerando a cultura e a sociedade, bem como a influência que estas tiveram nos movimentos de emancipação da mulher em todo o mundo.

Pretendemos essencialmente questionar alguns aspectos que podem ter influenciado a evolução do processo de cuidados, numa perspectiva de evolução do estatuto desses cuidados, tanto no que concerne a quem os desenvolve, como aos paradigmas que os sustentam.

Collière (1990) refere-se a este período “identificando a prática dos cuidados com a [MULHER] em que o papel e a expressão das práticas de cuidados, eram elaboradas a partir da fecundidade e moldadas pela herança cultural da «mulher que ajuda»”.

Para Reverby (1987), a enfermagem surgiu, nos Estados Unidos da América, muito antes do final do século XIX. Era frequentemente ensinada de mãe para filha, como fazendo parte da aprendizagem feminina, tal como na Europa, ou aprendida por empregadas domésticas, como tarefa adicional ao seu trabalho.

Para esta autora a “enfermagem estava organizada sob a expectativa de quem a praticava e, que aceitava cuidar como um dever, mais do que exigia o direito de determinar como podia este ser satisfeito”.

Era assim porque este dever decorria do papel da mãe que cuidava dos filhos, da esposa que cuidava do marido ou da filha que cuidava dos pais idosos, sendo à mulher que na família cabia o papel de cuidar das puérperas, dos recém-nascidos, das crianças, dos idosos e dos doentes.

A “enfermagem” era então para as mulheres um dever e não o seu trabalho, razão pela qual cuidar era um acto de amor, cujo esforço não era pago.

Também Collière (1990) nos diz que cuidar consistia essencialmente em tomar conta de, sendo antes de mais um acto de vida. Os cuidados nesta perspectiva constituíam-se num valor social, que lhes advinha do facto de permitirem a vida não só dos indivíduos, mas dos grupos e da sociedade em que as mulheres eram autodidactas, sem acesso aos livros e aos cursos, mas em que elas próprias desenvolviam o ensino, transmitindo a experiência de vizinha a vizinha, de mãe para filha.

A antiquíssima divisão do trabalho tendo como critério o género, atribuía à mulher a realização dos cuidados correntes e essencialmente aqueles ligados à maternidade, conforme já referimos. Esta capacidade era-lhes reconhecida pelo prestígio da sua experiência, experiência interiorizada e vivida no seu próprio corpo, que exprimia uma forma de relação com o mundo.

Com o aparecimento das religiosas a prática dos cuidados dissocia-se de um conhecimento vivido do corpo e será possível às mulheres cuidar sem ter sido mães.

As numerosas crises e perturbações sócio-económicas que marcaram durante perto de quatro séculos, o afundar do império greco-romano e a expectativa quase quotidiana dos cristãos pelo regresso de Cristo, reforçava a concepção de que o corpo se opunha à alma. Por outro lado, as práticas de cuidados instauradas em redor da fecundidade, visando perpetuar a fertilidade, contribuíram para fazer surgir a mulher como veículo de credos e de rituais pagãos.

O elemento fundamental e dominante da sua atitude, traduz-se pelo “desprezo por tudo o que é carnal, logo pela sexualidade, o que numa sociedade patriarcal estruturada pelos homens, faz com que a mulher como símbolo e lugar da sexualidade, tenha vindo a ser condenada”.

É assim que surge uma nova concepção de cuidados que nega a interrelação corpo-espírito, dando a supremacia ao espírito e relegando o corpo impuro. Passa a ser a Igreja a detentora dos conhecimentos, com uma ênfase diferente, “o movimento de profissionalização dos cuidados afirma-se com a emergência da profissão médica que relega todo o saber adquirido pelas mulheres de virtude e proclama que qualquer “mulher que ouse dispensar cuidados sem ter feito estudos médicos” é declarada “feiticeira e deve morrer”.

Assiste-se então àquilo que Collière designa por “acto de renúncia” e que se consubstancia na “virgindade consagrada”, marcando uma viragem decisiva na orientação da vida eclesiástica. Socialmente e sob o ponto de vista religioso, este aspecto é muito importante, porque o encorajamento à actividade permanente leva a que as religiosas

constituam uma força de trabalho absolutamente insubstituível, que os diferentes poderes políticos terão todo o interesse em manter. Começa já nesta época a desenhar-se o espectro da organização de cuidados, centrada em grandes espaços da prestação de cuidados e que mais tarde se chamaria – Hospital.

A filiação monástica dos cuidados tem a primeira ruptura com S. Vicente de Paulo, que dá origem a um movimento de mulheres que pertencendo ao meio popular, é nele que desenvolvem a sua actividade. Esta pertença ao meio popular vai permitir a recuperação de algumas práticas desse meio, que tentam integrar com os imperativos da doutrina da Igreja.

Esta viragem vem essencialmente fazer emergir a importância da prestação de cuidados por não familiares, mas no habitat de quem deles necessitava.

No entanto, a função dos cuidados terá a mesma expressão das duas formas de vida religiosa no século XVIII: a da vida monástica em clausura e a de uma vida religiosa secularizada. As primeiras desenvolvem a sua actividade nas instituições hospitalares e as segundas junto das populações.

Reverby (1987) valoriza na sua análise a expansão económica nos EUA e as regras de mercado diferentes das da Europa.

Nas classes médias urbanas tornava-se possível contratar uma “enfermeira” sempre que as circunstâncias, o desejo ou a exaustão das mulheres de família, não permitiam continuar com a tarefa de cuidar. Cuidar como trabalho, para estas mulheres, podia separar-se do acto de amor.

Estas mulheres eram essencialmente viúvas ou solteiras, provenientes de classes trabalhadoras, e que entravam neste “mercado” porque tinham cuidado ou de maridos doentes, ou tinham adquirido estes conhecimentos quando trabalhavam como domésticas. Chegavam a esta situação um pouco tarde na idade, quando outras formas de emprego eram impossíveis e em que cuidar era a única chance.

Aprendiam e desenvolviam as suas capacidades ao longo dos anos de experiência, mobilizando a autoridade que lhe era reconhecida na comunidade, pois não possuíam nem credenciais, nem uma identidade profissional que lhes desse consistência e peso aos seus esforços.

Contudo estas actividades não estavam limitadas ao cuidar em casa, mas também se desenvolviam nos Hospitais.

Reverby (1987), diz-nos que tal como na enfermagem desenvolvida no domicílio, o cuidar era uma preocupação frequentemente demonstrada em meio hospitalar. Mas a “enfermagem” e as “enfermeiras” eram principalmente caracterizadas pela diversidade dos seus esforços e pela desigualdade das suas competências.

Segundo esta autora o hospital era como que um campo de batalha, onde as enfermeiras, os médicos e os administradores lutavam pelo domínio da sua autoridade.

As enfermeiras já nesta época afirmavam continuamente o seu direito em controlar o processo e o conteúdo do seu trabalho, estabelecer o seu próprio horário de trabalho e estruturar as suas relações com os médicos. Mas tal como na enfermagem desenvolvida no domicílio, as enfermeiras não tinham formação nem treino formal, nem possuíam estatuto de classe, em que baseassem os seus argumentos.

A necessidade de cuidar e a percepção da sua importância nos resultados para os utentes, estruturava também a crença de que era possível lutar pelo direito a uma certa autonomia. Contudo estes esforços eram destruídos pela natureza do trabalho (pesado), pelo paternalismo das instituições, pelas diferenças de classe entre trabalhadores e empregadores e finalmente pela ausência de uma filosofia clara de cuidar.

De Nightingale aos anos 60

Muitos dos aspectos anteriormente referidos, mudaram com a introdução da formação (treino) de enfermeiras no mundo hospitalar (Reverby, 1987; Soares, 1997). Nightingale idealizou a enfermagem como uma arte, mais do que como uma ciência, para a qual as mulheres deviam ser treinadas.

As suas ideias ligavam as noções médicas e de saúde pública, às crenças religiosas e classistas. Concordando com o conceito Victoriano de divisão de esferas de actividade para o homem e para a mulher, defendeu que as mulheres deviam ser treinadas para enfermeiras, através de um processo disciplinado que honrasse as virtudes femininas.

Nightingale ao escrever “Notes of Nursing”, fê-lo com base em observações sistemáticas e reflexão contínua sobre a sua vivência/experiência, mesmo como doente. O livro, destinou-o às mulheres: mães de família e portanto enfermeiras do lar; às professoras, que deveriam ensinar as leis da saúde às alunas que se tornariam mães, professoras e enfermeiras e, às próprias enfermeiras.

No seu livro, ao evidenciar o que é e o que não é enfermagem, mostra a possibilidade e a necessidade de uma preparação formal e sistemática para a aquisição de um conheci-

mento de natureza distinta daquele que é procurado pelos médicos e cujos fundamentos permitiriam manter o organismo em condições de não adoecer ou de se recuperar de doenças.

As suas indicações sobre o que deveria ser um ambiente terapêutico ainda hoje são inexcedíveis, talvez por valorizarem o ponto de vista do utente.

É clara também, quando se refere à importância de que a enfermeira ao executar as tarefas, deverá fazê-lo no interesse do utente e não no seu próprio interesse, o que deixa antever um dos princípios da filosofia do cuidar.

Sabemos que “a busca da especificidade do conteúdo de enfermagem sempre atravessou duas vertentes essenciais: uma relacionada com a necessidade de um conhecimento e saber técnicos, próprios; e a outra com a exigência de competências relacionais, tidas como essenciais: uma atitude de ajuda e substituição do utente”.

Já Nightingale, preconizava uma visão próxima do cuidar, no sentido em que se centrava a actividade de enfermagem na pessoa como sujeito dos cuidados, nos aspectos relacionais e na abrangência entre a pessoa e o seu ambiente, e a influência deste na saúde.

Consideramos um marco importante para a evolução dos cuidados de enfermagem, numa perspectiva de estatuto, visto que começou a desenhar-se o desenvolvimento do conhecimento “pré-científico”, numa ruptura clara com o senso comum e com a tradição.

Mas, outras influências aconteceram na enfermagem, provenientes de mudanças na sociedade.

Segundo Bevis, citada por Pearson e Vaughan (1986), assistiu-se a uma reformulação dos valores da enfermagem, seus objectivos e conhecimentos, a partir da utilização do modelo biomédico pelas enfermeiras.

Passou-se assim do ascetismo, ou seja a dedicação individual da própria vida a cuidar dos outros, para o romanticismo, caracterizado por uma subserviente relação com o médico.

Esta “situação” é essencialmente desenvolvida com base na utilização do modelo médico, como dissemos, caracterizado por apresentar uma visão reducionista da pessoa e onde existe uma orientação clara para o curar.

Esta é uma orientação mais instrumental, relacionada com procedimentos terapêuticos e técnicas, e que tem em vista a cura. É uma orientação centrada essencialmente na doença, cuidados ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida (CURE),

por oposição aos cuidados quotidianos e habituais (CARE) – ligados às funções de manutenção e continuidade da vida.

Ao seguir o modelo biomédico, os cuidados de enfermagem relegaram para segundo plano tudo o que tem um sentido de assegurar a continuidade da vida, sendo que a prevalência do CURE sobre o CARE, leva à aniquilação progressiva de todas as forças vivas da pessoa.

Se o preconizado por Nightingale tivesse sido desenvolvido, o panorama da saúde hoje seria muito provavelmente bem diferente. Por outro lado, com o desenvolvimento da tecnologia dos anos 40 e 50, o romanticismo diminui e segundo Bevis, o pragmatismo tornou-se o valor predominante, em que a enfermeira técnica, com a sua experiência alarga o seu papel para dar resposta aos efeitos dos novos conhecimentos técnicos, específicos da medicina, desviando assim o seu foco de atenção.

O pragmatismo aparece associado a uma abordagem prática de avaliação de situações e de actuação sobre elas. Desenvolve-se aqui sobretudo a aprendizagem e a prática de técnicas específicas ligadas ao avanço da tecnologia, pelas enfermeiras. O seu espaço de intervenção ficou muito próximo do da prática médica.

A abordagem reducionista que tão fortemente veio influenciar a medicina, também teve o seu papel na enfermagem, fazendo com que o atendimento da pessoa que necessita de cuidados de saúde seja feito por diversos profissionais, conforme Pearson e Vaughan (1986) “... a certa altura a tarefa de ajudar o doente a vestir-se sózinho perdeu-se a favor do terapeuta ocupacional; o estímulo à mobilidade do doente a favor do fisioterapeuta ...”.

Assistiu-se também, por influência destes factores à valorização do pensamento Cartesiano, essencialmente na tendência para a especialização, o que se por um lado permitiu conhecer mais profundamente determinadas áreas de cuidados, terá contribuído para uma compartimentação dos cuidados ao doente.

Isto essencialmente porque o modelo biomédico, sendo de abordagem reducionista e dualista – não só reduz o corpo humano a um conjunto de partes relacionadas, como separa a mente do corpo e por isso, a sua aplicação à enfermagem não é adequada. Isto porque não está adaptado aos indivíduos, e o seu efeito predominante nos cuidados de saúde tem levado a que seja usado mais no interesse dos profissionais de saúde, do que daqueles que procuram ou são orientados para os cuidados.

Muitos de nós descontentes com esta abordagem, tem procurado formas alternativas e mais adequadas, que nos conduzam ao encontro das necessidades de saúde dos indivíduos, com maior eficácia.

Capra (1982) citado por Pearson e Vaughan (1986) sugere que o modelo biomédico exige que o médico detenha o poder em todas as tomadas de decisão, e como resultado disso “... o papel importante que as enfermeiras têm no processo de cura através dos seus contactos de cuidar o doente não é totalmente reconhecido”.

De Henderson até à actualidade, este debate tem-se agudizado. Se por um lado a evolução tecnológica tem apelado à valorização da vertente tecnicista, por outro o aumento de esperança de vida, com o consequente envelhecimento da população e o prolongamento de situações incuráveis, tem evidenciado a necessidade de cuidados mais relacionados com a área afectiva (Ribeiro, 1995).

Para Collière (1990), “aquilo que as enfermeiras fazem é ditado pelas prescrições médicas, pelas técnicas, pelas normas de procedimento das mesmas, sendo este o conteúdo profissional”. (p.188)

Continua a mesma autora, referindo que “a situação não é fácil de inverter «o campo de competência médico» sobrepõe-se a toda uma zona de competência de enfermagem, mas consoante a natureza dos serviços e das organizações de saúde, arrisca-se a invadi-lo quase completamente, a ponto de não deixar espaço para tudo o que depende dos cuidados da manutenção da vida”. (p.292)

Esta é uma dificuldade real e actual dos contextos da prática de enfermagem, em que os actos realizados no âmbito das funções interdependentes (realizados por prescrição/ /delegação médica) ocupam grande parte do tempo o campo de acção dos enfermeiros.

Somos nós enquanto grupo profissional que devemos conquistar o campo que pretendemos ocupar, estando de acordo e considerando o referido por Nóvoa, de que “o percurso seguido por um grupo que procura profissionalizar as suas funções não é linear, nem pacífico”.

A força e o poder dos diversos grupos em presença, por vezes com interesses não convergentes, a resistência à mudança de hábitos, a rivalidade de poderes e ideias, serão alvo de reflexão em capítulo posterior, pois consideramo-los de extrema importância para a compreensão do fenómeno em estudo.

Dos anos 60 à actualidade

Os aspectos anteriormente referenciados ao avanço tecnológico e em que a pessoa e o mundo são avaliados numa perspectiva tecnicista e atomista, tem como principal meta a rentabilização e a utilidade dos serviços de saúde, na lógica da formação de enfermeiros numa perspectiva da racionalidade da eficácia como referido por Luz (1995).

O cuidar como vimos, parece ter sido remetido para um plano inferior, apesar de se falar em cuidados de enfermagem, tais cuidados surgem com frequência em função do acto médico, o qual se organiza em torno de tecnologias de investigação e reparação das doenças.

Gostaríamos de reflectir um pouco sobre, como os objectivos de Nightingale não foram continuados pelas suas seguidoras, no sentido em que como nos diz, não foi desenvolvida a diferenciação do foco e objectivos de enfermagem em relação à medicina. Isto porque o domínio médico na prática, melhor desenvolvido e mais poderoso, substituiu o que começava a ser o domínio da prática de enfermagem (Saúde, Higiene, Ambiente e o Cuidar).

Assiste-se desta forma a que “os utentes sejam considerados pelos enfermeiros em função da doença que têm, sendo essa a base para a sua tomada de decisão, que pese embora a eficiência, privilegia as tarefas em detrimento da comunicação”.

A valorização é da objectividade e não da subjectividade e sentimentos do utente, sendo desta forma a sua participação no processo de cuidar quase nula.

A tomada de consciência de muitos enfermeiros desta situação, leva-os sobretudo nas décadas de 50-60 a encetar um grande trabalho teórico que promova e desenvolva a enfermagem enquanto disciplina autónoma.

Atribuímos importância nesta discussão, a algumas mudanças na sociedade, que quanto a nós são interdependentes com a enfermagem enquanto actividade inerente e essencial à vida em sociedade.

Salientamos, o aumento do nível de informação sobre saúde, direitos, o que faz com que exista mudança de atitude por parte dos cidadãos; assimetrias sociais; mobilidade social com repercussões na interculturalidade; aumento do nível de escolaridade; maior controlo político das instituições; maior poder de compra e maior consumo; aumento da competitividade; aumento do desemprego \Rightarrow ciclo económico, reflexões ao nível da saúde, logo na enfermagem; aumento dos impostos / taxas moderadoras; progresso tecnológico e científico; aumento da longevidade (nº de anos, mas sem correspondente

melhoria da qualidade de vida), diferentes expectativas da população em relação aos serviços de saúde e à enfermagem.

Estas mudanças provocam desequilíbrios no quotidiano, existindo aumento da tensão nas relações interpessoais e por vezes mesmo choque de valores. No entanto, esta tensão e o choque de valores, podem ajudar a crescer a profissão, se devidamente analisados pelos enfermeiros, colocando-nos questões como: O que queremos? Para onde vamos?

Basto (1991) diz-nos que “não basta a participação individual como cidadão; o papel que os enfermeiros desempenham ou podem vir a desempenhar no sistema, o seu elevado número e o facto de conhecerem «por dentro» os serviços, são justificação suficiente para que a sua palavra seja ouvida e tomada em consideração”.

Assim, quando falamos de enfermagem, o que queremos significar?

- Referimo-nos ao que os enfermeiros fazem? (aqui temos necessidade de comparar com o que os outros fazem: médicos, auxiliares de acção médica, hoteleiros, etc.)
- Falamos dos enfermeiros enquanto pessoas que têm este título?
- Estamos a falar da profissão, enquanto colectivo?

Importa referir alguns aspectos que, na nossa perspectiva, caracterizam o que podemos designar como processo de profissionalização.

Para Soares (1997), o movimento de profissionalização de enfermagem, surge na viragem do século XIX para o século XX, com base num novo corpo de saberes que rompe com a tradição empírica.

Para Watson (1985) “a enfermagem ao tentar ser uma profissão, pela via da investigação tem utilizado uma metodologia das ciências exactas - métodos quantitativos”. Para esta autora “o corpo de conhecimentos próprios só se desenvolverá, quando nos libertarmos no sentido de uma metodologia qualitativa, com base na qual se poderá compreender e explicar a enfermagem”.

Também Basto (1991) nos diz que “só desenvolvendo a investigação sobre os cuidados de enfermagem, utilizando como base quadros conceptuais já conhecidos, podemos demonstrar o que é o cuidar”.

Reflectindo sobre os factores, que têm provocado esta dificuldade de valorização do estatuto dos cuidados de enfermagem, podemos referir de forma muito genérica:

1. Intrínsecos à própria profissão

- inexistência de investigação qualitativa que dificulta a criação de um corpo de conhecimentos (Jean Watson);
- o facto da profissão ser essencialmente no feminino (Collière).

2. Extrínsecos à própria profissão

- existência de normas e regras institucionais (enquanto cultura organizacional), o que dificulta a mudança, atendendo a que apesar do grupo dos enfermeiros ser maioritário, tem ainda pouca capacidade de intervenção / decisão.

Para Nóvoa (1987) profissão é “um conjunto de interesses relativos ao exercício de uma actividade institucionalizada, de onde o indivíduo retira os seus meios de subsistência, actividade que exige um corpo de saberes e de saber-fazer e a adesão a condutas e comportamentos, rigorosamente de ordem ética, definidos colectivamente e reconhecidos socialmente”.

A análise deixa de ser feita sobre as características do trabalho, passando a sê-lo pelo estatuto social reconhecido a uma determinada profissão e tem como ponto a análise real, em situação concreta de trabalho, dando particular atenção à génese, estrutura e movimento de profissionalização.

Independentemente da forma como se define ou seja qual for o conceito de profissão, a enfermagem não tem sido reconhecida como tal.

Só a partir da década de 50, período em que se começou a valorizar a relação prestador de cuidados / utilizador de cuidados, em que se desenvolveram os métodos e os instrumentos de planeamento e organização do trabalho, é que surgem as primeiras teorias sobre os cuidados de enfermagem.

A relação entre o processo e os modelos teóricos, parece ter sido em Portugal, uma relação conflituosa pois que em relação ao processo de enfermagem quase se “endeusou” e quase se tornou um mito indesejado por muitos, não se dando muita importância aos modelos teóricos.

Iremos seguidamente reflectir sobre a importância que os modelos teóricos têm para a clarificação do estatuto dos cuidados de enfermagem, com base nos seguintes aspectos:

- As teorias de cuidados de enfermagem oferecem uma primeira articulação do que é a enfermagem e do que os enfermeiros fazem.

- As teorias dos cuidados de enfermagem proporcionam a conceptualização de como ajudar os utentes no conforto, como realizar os tratamentos com o menor risco e como aumentar o bem estar.
- As teorias de cuidados de enfermagem oferecem uma linguagem comum de base e um acordo acerca de quem são os beneficiários / utentes de cuidados.
 - é óbvio que os beneficiários/utentes de cuidados não podem ser vistos, só com “óculos” biológicos, psicológicos, mas sim com “óculos” holísticos. Isto porque os clientes são mais que a soma dos seus constituintes psicológicos, sociológicos, culturais e biológicos.
- Os beneficiários/utentes de cuidados respondem aos acontecimentos numa forma holística.
- O beneficiário/utente de cuidados é um membro de um grupo de referência e as intervenções só têm significado se o todo for considerado.

Concordamos com Ribeiro (1995, p.33), quando diz que “os esforços desenvolvidos para a elaboração de modelos pragmáticos de organização de acção da enfermagem por um lado, e a importante produção de ideias sobre a filosofia de cuidar, como essência dessa acção, por outro, tem servido de base à prática e investigação em enfermagem”.

Pelo que temos vindo a referir, concordamos com Martin (1995) quando refere “as enfermeiras, por si sós, não podem ter a pretensão de se atribuir os efeitos duma abordagem multiprofissional e/ou interdisciplinar relativamente à sobrevida ou cura de uma pessoa. A sua acção não é passível de ser isolada”.

Uma das formas de afirmação será procurar enunciar os elementos que constituem a mais valia no bem estar das pessoas, sendo que para a autora referida, “esta procura de especificidade poderá permitir explorar uma tradição oral, que formalize em texto um saber e metodologias que legitimem o estatuto da disciplina de enfermagem”. Daí a grande importância do auto-conhecimento e do conhecimento mútuo.

A ruptura com o paradigma biomédico, permitirá uma postura de confrontação do conflito que é provocado pelas zonas de incerteza e de sobreposição entre alguns actos médicos e alguns actos de enfermagem.

Se enfrentarmos o conflito, deixaremos de subsidiar o referido paradigma, através da formação para este modelo, de novos profissionais que se vêem constantemente confrontados com um discurso formativo próximo do paradigma humanista e a acção formativa, subsidiária do paradigma biomédico.

Ao adoptarmos uma postura de análise dos factos sociais, temos a noção que somos simultaneamente produto desses mesmos factos. As categorias que constituem o nosso sistema de pensamento foram forjadas pelo facto de pertencermos a este grupo profissional, pelo que somos ao mesmo tempo sujeito e investigador, podendo desta forma condicionar a relação com o objecto do conhecimento; este último não pode senão dificilmente ser considerado “objecto”, porque em ciências sociais e humanas, o sujeito, o homem, torna-se sujeito de investigação nas estruturas.

As diversas conceptualizações desenvolvidas tiveram em consideração os contextos socio-culturais e as bases teóricas, educacionais e experimentais, bem como os interesses da enfermagem, nas diferentes épocas.

Como referimos no capítulo anterior, a teorização sobre cuidados de enfermagem repercutiu-se nalguns currículos escolares, mas na prática o seu efeito foi pouco significativo.

Segundo Meleis (1990), a primeira escola de pensamento (1950 - 1970), foi designada por Escola das Necessidades, e a questão organizadora era: Que fazem as enfermeiras?

As bases teóricas emergiram da Teoria das Necessidades Humanas Básicas, considerando a função específica do enfermeiro sempre que havia necessidade de intervir junto da pessoa, quando alguma das necessidades não estava satisfeita.

A visão da pessoa, pretendia-se que fosse diferente, mas na realidade continuava muito próxima da visão do médico. A ênfase era colocada nos problemas e necessidades da pessoa, mas visto na perspectiva dos prestadores de cuidados. Cabia aos enfermeiros apreciar estas necessidades, a fim de satisfazer os requisitos das mesmas.

Não se atribuiu importância às percepções e experiências da pessoa, ao ambiente, ao papel da interacção enfermeiro/pessoa.

Entre 1960-1965, segundo Meleis (1990), surge uma segunda Escola, a da Interacção, onde se pretendia responder à questão: - Como fazem as enfermeiras?

Os pressupostos básicos nesta escola são: - considerar-se o «como» no processo de interacção e no desenvolvimento da relação enfermeiro/utente.

A enfermagem é aqui considerada como um processo interpessoal, situação que ocorre entre a pessoa que necessita de ajuda e a solicita e a pessoa capaz de dar ajuda, onde o cuidado não é um acto mecânico, mas sim humanístico.

A experiência pessoal torna-se promotora de desenvolvimento, mesmo quando causa mau-estar, desde que lhe encontremos um sentido.

É nesta lógica que se começa a considerar o doente como parceiro no processo de cuidados. A individualidade e a integralidade da pessoa é para ser mantida, sendo a pessoa capaz de identificar as suas necessidades e capaz de se realizar. O enfermeiro é um todo integral, pelo que o seu Eu é indissociável dos actos do cuidar.

A terceira Escola do pensamento – Resultado da Enfermagem, coloca a seguinte questão: O porquê dos cuidados?

Estes teóricos não ignoram «o que» e o «como», mas pretendem conceptualizar o resultado dos cuidados de enfermagem e o cliente de cuidados.

O processo de cuidados pretende essencialmente promover o equilíbrio, a estabilidade e a preservação da energia, desenvolvendo a harmonia entre a pessoa e o ambiente.

As bases conceptuais assentam para além da teoria das necessidades, nas teorias dos sistemas, da adaptação e do desenvolvimento. É uma escola que parece atribuir, segundo Meleis, importância ao contexto que é a pessoa.

Parece-nos poder afirmar aqui, visões tão distintas embora complementares, fazem com que e de acordo com a teoria de Kuhn, a enfermagem ainda não atingiu o estadió de paradigma, pelo que as várias linhas de desenvolvimento da teoria e da pesquisa conseguida pelos seus académicos pode ser considerada como esforços pré-paradigmáticos.

Nesta fase de pré-ciência, caracteriza-se por desacordo total da comunidade científica, existindo um constante debate sobre assuntos fundamentais, não existência de valores concordantes; não há regras, nem estratégias para a resolução de problemas e existem ideias competitivas nos diversos domínios.

É uma fase onde as teorias competem entre si. Numa fase em que a aceitação de predominância é a fase da ciência, que fornece a matriz da disciplina, fornecem-se os valores, regras, regulamentos, métodos de construção do conhecimento para as actividades de resolução dos problemas da comunidade científica.

A fase da ciência, identifica os conhecimentos válidos para a prática; fornece estratégias comuns para continuar a desenvolver a pesquisa; orienta a melhor maneira de ensinar os novos membros da comunidade científica de enfermagem.

É sem dúvida, onde pretendemos enfatizar a nossa investigação e contribuir para a clarificação do estatuto. Parece-nos pois que será a este nível que devemos fazer a ruptura com o paradigma que continua a orientar a nossa prática, libertando-nos do movimento acelerado e poderoso da medicina. Há então que procurar diferenciar o campo de enfermagem do da medicina e de outros técnicos de saúde.

Para Bevis e Watson, a medicina está vocacionada para a etiologia, patologia, diagnóstico e tratamento das doenças. A enfermagem conforme temos vindo a conceptualizar lida com a experiência das pessoas em torno dos acontecimentos e problemas da saúde.

Verificamos existirem áreas de sobreposição, mas há necessidade de assumirmos papéis diferentes, complementares, mas não competitivos, numa perspectiva de interdisciplinaridade.

Alguns do tempo das enfermeiras é gasto com a etiologia, diagnóstico, tratamento, porque esses são problemas que as pessoas enfrentam. Pensamos, no entanto, que a grande preocupação, pouco tem a ver com o diagnóstico e tratamento, o nosso interesse, é uma pessoa que está a viver uma experiência problemática. É a experiência que se torna a questão da intervenção da enfermeira com o doente.

Se a nossa preocupação, aqui entendida como paradigma, for apoiar e ajudar a pessoa a obter níveis de bem-estar superiores aos que possui; se acreditarmos que aquela pessoa está a viver a situação de uma forma diferente e única de qualquer outra pessoa, toda a concepção e organização de trabalho se modificará. Podemos até continuar a fazer as mesmas coisas, mas o resultado que atingiremos é totalmente diferente.

É esta diferença na intencionalidade do que fazemos, que produz resultados diferentes.

É muito importante que saibamos o que para a pessoa faz sentido, qual é a sua vontade. O respeito e interesse pela vontade do doente, terão de ser o valor máximo e primeiro que nos orienta, enquanto enfermeiros numa equipa multidisciplinar.

Nesta perspectiva, pensamos que as rotinas que respondem somente a cuidados parciais e da esfera física, não têm, a maioria das vezes influência no bem estar da pessoa, impondo-se uma intervenção interdisciplinar.

A perspectiva de interdisciplinaridade que defendemos não se baseia na tentativa de jogar com quadros teóricos insuficientes perante a complexidade do fenómeno em estudo, e com a impossibilidade de organizar o trabalho de forma isolada, mas sim que a interdisciplinaridade se caracterize antes pelo transfert dos discursos disciplinares, de que se conhecem os pressupostos teóricos e metodológicos, colocados ao serviço da construção do processo de cuidados.

O conhecimento interdisciplinar na construção do processo de cuidados

A conceptualização em enfermagem que se tem desenvolvido, conduz à necessidade de clarificar o “centro da acção” do enfermeiro, a partir das tendências da actualidade, e a despoletar os princípios que guiam a acção nesta lógica.

Os princípios a que nos referimos, são proposições, noções importantes, que descrevem a natureza própria dos cuidados de enfermagem, e que estão ligados às suas características fundamentais. Estes princípios permitem qualificar o serviço que os enfermeiros prestam à sociedade e reflectem à vez, a arte e a ciência inerentes à sua contribuição, tanto neste momento de evolução, como no futuro.

Como sublinham Newman et al (1991), o “centro de interesse da disciplina de enfermagem decorre das grandes correntes de pensamento, que contribuíram para o desenvolvimento do conhecimento, e das concepções particulares desta disciplina: o cuidado, a pessoa, a saúde e o ambiente, é actualmente o centro do domínio dos cuidados de enfermagem”.

Na perspectiva de Kéroutac et al (1994, p.61) “como o centro de interesse se refere ao essencial, ou seja ao cuidado, a disciplina de enfermagem interessa-se pelo cuidado à pessoa, que em interacção contínua com o seu ambiente, vive experiências de saúde”.

De acordo com os contextos onde o cuidado se desenrola, este apela à colaboração de diversos actores – pais, amigos e outros profissionais de saúde e particularmente os enfermeiros, os médicos e as auxiliares de acção médica, podendo ter significados diversos, consoante o contexto onde é empregue e os actores que o utilizam.

Segundo Orem (1992, p.221) o termo “cuidado é correntemente empregue com o significado de atenção, protecção e serviço dispensado numa sociedade, por pessoas responsáveis por outros ou encarregados de lhe prestarem cuidados. Receber cuidados de uma outra pessoa, pressupõe uma relação interpessoal”. Com o avanço da ciência e da técnica, cada vez mais os cuidados prestados são fragmentados, burocráticos e despersonalizados. Watson (1985, p.374) conceptualiza os cuidados, numa perspectiva de, “processo intersubjectivo e de conhecimento epistémico que inclui transacção de um ser humano com outro (human care), que requer vontade e comprometimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro”.

Como vimos anteriormente, a multiplicidade de cuidados médicos delegados aos enfermeiros transformam a sua prática diária, não em actos de cuidar, mas sim em actos de curar. É, no entanto, a partir do papel técnico, que ao enfermeiro é conferido um estatuto através de um diploma, obtido não com base em valores que sempre têm norteado a enfermagem, mas sim pela subordinação ao modelo médico, em que a cura é o critério

de sucesso e que nos parece tem norteado, não só a formação como também o processo de cuidados.

Quando o enfermeiro mantém o papel técnico que advém sobretudo da habilitação que lhe concede o poder para executar um conjunto de cuidados que decorrem da prescrição médica, continuando a depender embora implicitamente, do papel moral em tudo o que foge a essas tarefas, o estatuto que este papel confere ao enfermeiro, torna-o de facto auxiliar do médico, mesmo e essencialmente nas expectativas do doente, descaracterizando por completo a sua prestação de cuidados.

A prática dos cuidados em Portugal tem sido desenvolvida, em nossa opinião, com base em valores e crenças que assentam no modelo biomédico tendo como principais objetivos curar, aliviar ou adiar a morte dos seres humanos entendidos como seres biológicos, com tecidos formados por células, órgãos e sistemas que interagem para alcançar a homeostasia biológica, e no Homem como uma máquina constituída por partes, que quando doente necessita de cuidados de reparação.

Se queremos identificar a natureza dos cuidados de enfermagem, para os tornar “identificáveis e não idênticos, devemos aceitar reconhecer-lhes características permanentes que terão de se ajustar à situação em mutação”. (Collière, p.234)

Identificar os cuidados não é apenas defini-los, mas sim tornar reconhecível a sua natureza, os elementos que participam na sua elaboração, os conhecimentos e instrumentos que utilizam, bem como as crenças e os valores em que se baseiam. É também clarificar o campo de competência da enfermagem, o processo de cuidados de enfermagem, bem como identificar a natureza do seu poder, os seus limites, as suas dimensões – social e económica” (Collière, p.234).

Ao pensarmos na natureza dos cuidados e muito concretamente dos cuidados de enfermagem, desde logo sentimos necessidade de reforçar a reflexão sobre as áreas em que os mesmos podem ser prestados – o curar e o cuidar, como temos vindo a referir.

Como diz Collière (1991), p.234) “os cuidados quotidianos e habituais – care – estão ligados às funções de manutenção, de continuidade de vida, e os cuidados de reparação – cure – ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida”. Existe aqui uma clara separação entre uma visão dos cuidados centrada na pessoa global – care – e aqueles centrados nos processos que conduzem à reparação ou tratamento da doença – cure.

Numa perspectiva sociológica, Strauss (1992, p.29) conceptualiza aquilo que designa por «trajectória» considerando-a “ligada não só ao desenvolvimento fisiológico da doença e de tal doente, mas também toda a organização do trabalho, ligada a este percurso, bem como à repercussão que este trabalho e a sua organização não deixa de ter sobre os que nele estão implicados”.

Ainda para este autor, “para cada doença diferente, a sua trajectória imporá actos médicos e de enfermagem diferentes, diferentes tipos de competências e de saber fazer, uma distribuição diferente das tarefas entre aqueles que trabalham neste âmbito, os parentes próximos e o doente, que exigirá relações distintas entre os diferentes actores”.

Mas, se questionamos a limitação dos cuidados de enfermagem ao modelo biomédico, importa fazer a seguinte interrogação: “quais são os elementos, as referências, que podem contribuir para construir o processo de cuidados de enfermagem, a partir de situações vividas pelas pessoas que necessitam de cuidados, tendo em conta a natureza dos cuidados de reparação?” (Collière, 1990, p.242).

Na opinião de Strauss (1992, p.28) “a prevalência de doenças crónicas e o desenvolvimento tecnológico para lhes fazer face, colocam ao sistema de saúde a necessidade de se reformar. Isto deveria promover uma mudança no modelo de cuidados, que passaria por uma dupla deslocação. O actor central do modelo seria o doente e não mais o médico, e o centro geográfico seria mais o domicílio do doente, do que o Hospital”.

Este é quanto a nós um ponto de ruptura com o paradigma biomédico na construção do processo de cuidados.

A fim de existir um processo de cuidados, é necessário que se considerem as actividades de enfermagem desenvolvidas pelos enfermeiros, tendo por base a interacção entre estes e os utentes (indivíduo, família ou comunidade), no sentido da identificação das necessidades vitais dos últimos, a fim de planear e desencadear acções que as pessoas possam satisfazer ou compensar.

Este é um processo de interacção entre os dois ou mais actores sociais em que mutuamente se elucidam, embora com competências diferentes e complementares, no sentido de que a relação seja a mais adequada.

Meleis (1990, p.101) enuncia o seguinte, a este propósito “numa situação de saúde / doença, o enfermeiro interage com o ser humano, parte integrante do seu contexto sociocultural, que se encontra numa transição ou que antecipa uma transição. As interacções enfermeiro – doente, são organizadas em torno de um objectivo («demarche»

clínica; resolução de problemas, avaliação holística) e o enfermeiro usa alguma acção (terapêutica em cuidados de enfermagem), para melhorar, facilitar ou promover a saúde”.

Para Wolf (1979) citada por Kérouac et al (1994, p.97), “o médico demonstra uma certa forma **de** «caring» criando uma intervenção que estabelece uma diferença **na** vida das pessoas, isto é, junta possibilidades que vêm do exterior: Intervenção cirúrgica, tratamento e regime medicamentoso. A enfermeira cria uma intervenção que estabelece uma diferença **para** a vida das pessoas, através **do** «caring» isto é, permite às pessoas mobilizar as potencialidades reais, emergentes do interior e que dão um sentido às suas experiências de saúde e à sua vida”.

Segundo Kérouac et al (1994, p.88) “com o desenvolvimento da ciência médica, o lugar do cuidado tornou-se gradualmente o Hospital”, o que é consistente com o referido anteriormente.

Entre os médicos e os enfermeiros os métodos e os hábitos de trabalho distintos, podem ter como origem, visões diferentes para uns e para outros, valorizando-se esta lógica essencialmente no Hospital.

Assim, «salvar uma vida» foi durante muito tempo mais prestigiante que acompanhar uma pessoa doente ou moribunda. Para o médico, a experiência é guiada pela importância do desafio – a vida humana – impacto da intervenção e a amplitude da sua responsabilidade. Para o enfermeiro, a experiência é guiada em direcção à pessoa e à integridade da sua vida.

Voltando a citar Strauss (1992, p.39) “uma trajectória de doença pode ser vista como uma imbrincação e uma sucessão de tarefas, cujo conjunto constitui, aquilo que chama «arco de trabalho»”. Sendo a enfermagem uma profissão que se identifica com os princípios humanistas, aderindo a uma filosofia básica que se focaliza na individualidade e na crença de que as acções do Homem são de alguma forma livres, então e como refere Munhall (1982) a livre vontade do Homem assenta numa visão humana em que este age sobre a sua experiência, escolhe, é auto-determinado, é um ser activo.

Ao acreditarmos que o paradigma de uma disciplina conduz o seu praticante para o que é legítimo e razoável, conforme diz Munhall e Oiler (1986, p.8), acreditamos ser importante e necessário reflectir sobre a congruência que a enfermagem tem com alguns paradigmas e a não consistência com outros.

A mudança do paradigma centrado na doença, mecanicista e reducionista, para um paradigma centrado na pessoa, no humanismo, leva-nos a procurar compreender o que os enfermeiros podem fazer, não no sentido da oposição ou competição com os médicos, mas sim como desenvolver o papel de quem ajuda a pessoa saudável ou doente, a ocupar o lugar central no processo de cuidados.

Para a construção do processo de cuidados, têm tido grande influência as correntes humanistas, pela forma como nos levam a olhar para a pessoa, enquanto participante activo nos cuidados – cliente, como centro de atenção do enfermeiro.

Esta lógica, tem-nos conduzido para uma perspectiva de maior autonomia em relação ao poder médico, ainda não conseguida.

O enfermeiro presta cuidados de forma individualizada em colaboração com a pessoa, a família, o grupo e a comunidade, com base num processo heurístico, chamado «processo de enfermagem», caracterizando-se este por ser um processo circular ou retroactivo, mais do que linear. Podemos aqui estabelecer um ponto de contacto, com o que Strauss (1992, p.31) refere ao dizer que o “tratamento médico, apoia-se sobre o diagnóstico, traduzindo-se neste quadro sociológico, num plano de acção ou esquema de trajectória”.

Para Mintzberg (1996, p.383), o trabalho do profissional, comporta duas fases distintas:

1. Categorizar as necessidades do cliente em função do grau de contingência, o que indica que programa - padrão deve ser utilizado, uma tarefa que é conhecida como diagnóstico.
2. Aplicar ou executar esse programa correspondente a esta fase de execução, o que quanto a nós se aproxima do que é definido em termos de organização sistemática do trabalho de enfermagem, numa lógica de instrumento específico para esse trabalho.

Parece-nos que a reflexão a fazer se situa agora, no que concerne aos diagnósticos médico e de enfermagem, naquilo que os distingue e através do qual se pode iniciar a construção do processo de cuidados centrado no doente e não na doença.

No quadro nº 4, podemos verificar a evidente diferença cultural, entre a Medicina e a Enfermagem, pois enquanto esta privilegia a participação, a delegação, a tradição e a harmonia no interior da organização, os pressupostos de Medicina são paternalistas, proactivos e decorrentes.

Quadro nº 4 – Paradigmas nas profissões de saúde

MEDICINA	ENFERMAGEM

<ul style="list-style-type: none"> – Reduccionismo – trata a parte – Ser humano reactivo – Sintomatologia física – Causalidade linear – Sistema fechado – Estado estável – Objectivo – Manipulação – Controlo – Paternalismo 	<ul style="list-style-type: none"> – Holismo – perceber o todo – Ser humano activo – Ser humano integrado – Interação múltipla – Sistema aberto – Dinâmico – Subjectivo – Auto-determinação – Escolha – Advocacia
--	---

O enfermeiro ao adoptar uma estratégia de intervenção centrada nas necessidades dos clientes, foge ao trabalho realizado por tarefa, podendo o processo de cuidados, tornar-se num momento de ligação entre o doente e um profissional que pretende prestar cuidados de qualidade. No dizer de Mintzberg (1996, p.383) "é o processo de classificação que permite à «Burocracia Profissional» decompor as suas diferentes tarefas operacionais e consigná-las a profissionais que são relativamente autónomos".

O desenvolvimento do processo de cuidados nem sempre é considerado como um instrumento privilegiado de uma determinada prática dos cuidados promotora da referida autonomia.

A nossa realidade mostra-nos como é difícil privilegiar uma abordagem do tipo que temos vindo a caracterizar – centrada no cuidar, pois que o modelo biomédico condiciona ainda a acção e a reflexão dos enfermeiros, isto porque como nos diz Martin (1990, p.145-146) "continua a haver uma predominância do papel delegado em relação ao papel centrado no beneficiário enquanto pessoa, mais do que como caso que apresenta sintomas, a eliminar através de actos próximos dos que são realizados por médicos".

É assim que, para além de todos os princípios, normas, valores e regras morais, importa enunciar os princípios inerentes ao «cuidado» como objecto vital da nossa disciplina, e constituindo o discurso disciplinar de enfermagem, de acordo com Kérouac et al (1994, p.61-67).

“Princípio 1. O Enfermeiro demonstra envolvimento pessoal e profissional no acto de cuidados

Princípio 2. O enfermeiro acompanha a pessoa nas suas experiências de saúde, mantendo a sua dignidade e as suas diferenças

Princípio 3. Ao escutar, ao estar com ..., o enfermeiro favorece o desenvolvimento do potencial da pessoa que vive as experiências de vida.

Princípio 4. O enfermeiro inspira-se em princípios científicos, no processo de cuidados.

Princípio 5. O enfermeiro integra outros conhecimentos na compreensão de experiência humana de saúde.

Princípio 6. O enfermeiro utiliza recursos e conhecimentos a fim de facilitar diversas transições vividas pela pessoa.

Princípio 7. O enfermeiro envolve-se em processos interactivos a fim de promover a saúde e de favorecer a cura.

Princípio 8. O enfermeiro presta cuidados de forma individualizada, com base num processo heurístico.

Princípio 9. O enfermeiro reconhece as suas competências e as dos seus colegas, com o objectivo de optimizar o valor do cuidado a prestar.”

Trabalhar em conjunto, significa que o enfermeiro e os profissionais de outras disciplinas empenham-se em atingir os objectivos dos cuidados de saúde, exercendo a sua autonomia profissional, e isto, no reconhecimento da sua interdependência.

No dizer de Kérouac et al (1994, p.91) “a competência, a autonomia e a responsabilidade são factores que caracterizam qualquer profissão, e que apelam à colaboração”.

Nesta perspectiva preconizamos que o enfermeiro procura facilitar a coesão entre as pessoas que compõem a equipa de cuidados de enfermagem, considerando-os como pares no acto do cuidar.

Pelo seu “centro de interesse” e pelos seus conhecimentos específicos da disciplina, o enfermeiro é responsável pelo processo de cuidados, da colheita de dados até à avaliação dos mesmos, e isto, de maneira circular e contínua.

Pearson (1986, p.14) diz-nos que “o processo em si não nos dá nenhuma informação sobre o conteúdo e não é específico da enfermagem. É apenas uma sequência de etapas ou fases através das quais passamos para chegar a determinado fim e, que podemos ver usado em muitos grupos profissionais”.

Para Lindberg (1990, p.18), a utilização do processo de enfermagem acontece e desenvolve-se “por promover o objectivo de respeitar a saúde e a capacidade, enquanto valores dos nossos clientes, bem como a sua individualidade, o processo de enfermagem torna-se tão só o nosso método de trabalho, mas essencialmente o processo de cuidados”.

É este aspecto consistente com o referido por Strauss (1992, p.33) quando refere que “a abordagem centrada no próprio trabalho permite conceptualizar o doente como um actor do trabalho médico e de enfermagem e analisar as diferentes componentes deste «trabalho de doente»”.

Ainda para este autor, “o doente encontra-se, com efeito envolvido na quase totalidade dos processos de trabalho, mas «a sua parte» é difícil de determinar pois não é um actor reconhecido”.

Neste sentido, os pressupostos de Orton e Weick, e a visão processual de Hosking, em que os primeiros apontam a imagem de um sistema simultaneamente aberto e fechado, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado, poderemos reflectir um pouco sobre o sistema social organizado na perspectiva de realização de certos fins, que é, segundo Parsons, definido por valores. O conhecimento destes valores permite aos actores – indivíduos ou grupos – elaborar um comportamento correcto, relativamente à expectativa que os outros têm por si, e comportarem-se de acordo com esta expectativa. Nesta perspectiva, o estatuto social é um facto imposto por valores da sociedade.

Crozier e Friedberg consideram a cooperação entre os actores um dos primeiros problemas inerentes à construção dos modos de organização.

Citando Argyris (Crozier e Friedberg, 1996, p.40) referem que inspirando-se na teoria motivacional de Maslow, Argyris identifica no indivíduo um conjunto de necessidades psicológicas hierarquizadas que ele procura satisfazer pela sua participação na organização.

Nesta perspectiva, privilegia-se a relação individual do actor à organização e faz desta uma entidade abstracta totalmente desligada dos actores que a constituem. Estes são constructos sociais e não entidades abstractas, nas dimensões: liberdade, racionalidade, objectivos e necessidades. Nesta perspectiva importa, no dizer de Crozier e Friedberg que a investigação permita descobrir as condições materiais, estruturais, humanas do contexto, que limitem e definem esta liberdade, e esta racionalidade e, portanto o sentido dos comportamentos observáveis.

Este movimento pode ser definido em torno do conceito central de estratégia, definindo os autores, quatro momentos base (p.47).

1. “O actor raramente tem objectivos claros e ainda menos projectos coerentes (...) O actor vai avançando e recuando, adoptando uns e eliminando outros. Seria ilusório e falso considerar o seu comportamento como sempre reflectido, isto é, mediatizado por um sujeito lúcido, calculando os seus envolvimento e final dos objectivos fixados à partida.
2. O comportamento do actor é activo. Se é sempre constrangido e limitado nunca é directamente determinado; mesmo a passividade é sempre de uma certa maneira o resultado de uma escolha.
3. O comportamento tem sempre um sentido. Pode não ser racional em relação aos objectivos, mas é-o em relação às oportunidades e através destas ao contexto que as define, e por outro

lado em relação com o comportamento dos outros actores, pela tomada de posição que tomam e pelo jogo que se estabelece entre eles.

4. É enfim, um comportamento que tem sempre dois aspectos: ofensivo, a escolha de oportunidades tendo em vista melhorar a sua situação; e defensivo, a manutenção e/ou alargamento da sua margem de liberdade e logo a sua capacidade de agir” (p.47).

Desta forma reforçamos o nosso movimento de investigação, partindo da organização, pois se a reflexão com base nos objectivos tende a isolar o actor da organização, à qual quase sempre se opõe, reflectindo através da estratégia, a procura da racionalidade dos actores acontece no contexto organizacional, e assim compreende-se o constructo organizacional na vivência dos actores.

Interessa-nos aprofundar o "discurso disciplinar" da Sociologia quanto à interdisciplinaridade, pelo que colocamos a seguinte questão: como conceptualizam organização, Crozier e Friedberg?

Estes autores, propõem o estudo da organização como fenómeno autónomo, obedecendo às suas próprias regras de funcionamento e não determinado por constrangimentos externos. Consideram na organização, quatro dimensões essenciais, de acordo com o quadro seguinte.

Quadro nº 5 – As quatro dimensões da organização, segundo Crozier e Friedberg (adaptado, p.56).

DIMENSÕES	CARACTERÍSTICAS
Divisão de tarefas	<ul style="list-style-type: none">• Nesta dimensão consideram que a divisão do trabalho, pode ser formalizado por escrito ou não.• Pode existir uma lista de tarefas a executar, e que esteja afecta a cada responsável desta tarefa.
Distribuição de papéis	<ul style="list-style-type: none">• As tarefas quando definidas em “papel” significam que cada um pode executar esta tarefa de uma forma particular.• Na análise estratégica ao chamar-se ACTORES aos membros da organização, coloca-se o acento mais sobre a sua autonomia do que sobre os constrangimentos objectivos que definem os seus papéis.
Sistema de autoridade	<ul style="list-style-type: none">• Na perspectiva desta corrente não se fala sobre os fins da organização. Estes não existem em si mesmos, só têm vida nas directivas concretas dos responsáveis.
Sistema de comunicação	<ul style="list-style-type: none">• Nenhum grupo humano pode passar sem comunicação entre os seus

Emergente desta lógica temos o conceito de Poder, numa perspectiva de que implica sempre a possibilidade para certos indivíduos ou grupos agirem sobre outros indivíduos ou grupos.

Temos assim o carácter relacional do poder, em que agir sobre outro é entrar em relação com ele. Para Crozier e Friedberg (p.56) “o poder é nesta perspectiva uma relação e não um atributo dos actores”. Consideram ainda que “na medida em que toda a relação entre duas partes supõe troca e adaptação de uma à outra e reciprocamente, o poder está inseparavelmente ligado à negociação: é uma relação de troca, portanto de negociação na qual pelo menos duas pessoas estão envolvidas”. (p.57)

De acordo com os autores que temos vindo a citar, existem quatro grandes fontes de poder, correspondendo aos diferentes tipos de fontes de incerteza, particularmente pertinentes para a organização:

- a) “as decorrentes do domínio de uma competência particular e de especialização funcional;
- b) as que estão ligadas às relações entre a organização e o seu ambiente;
- c) as que emergem do domínio da comunicação e das informações;
- d) as que decorrem da existência de regras organizacionais gerais” (p.71).

Especificamos um pouco mais cada uma das fontes de poder:

- a) Está ligada à posse de uma competência ou de uma especialização funcional, dificilmente substituível. O perito vê a sua posição reforçada num processo de negociação com os outros actores (individuais ou colectivos).
- b) Está ligada a todas as incertezas que se desenvolvem em torno das relações entre a organização e o seu meio ambiente.

Os indivíduos que pelas suas pertenças múltiplas, o seu capital de relação, sejam capazes de gerir estas zonas de incerteza, estarão melhor posicionados para negociar com base nas diferentes lógicas de acção, que por vezes são contraditórias.

- c) O poder é também criado no seio da organização pela forma como esta organiza a comunicação e os fluxos de informação, entre os seus membros.
- d) A utilização de regras organizacionais pode-se considerar como um constructo e compreender-se como uma resposta directa ao problema colocado pela existência das outras três fontes de poder.

Nesta perspectiva, a “organização” não é mais do que uma fonte de conflito e o seu funcionamento o resultado dos confrontos entre as racionalidades contingentes, múltiplas e

divergentes de actores, relativamente livres, utilizando as fontes de poder à sua disposição.

No jogo de relação de poder, estar em condição de se desviar das expectativas e normas associadas ao seu “papel” é um obstáculo e uma fonte de poder “abrindo” a possibilidade de negociação. Pelo contrário, estar enformado no seu “papel” constitui uma evidente inferioridade para o actor, que tornando-se perfeitamente previsível, nada mais tem a negociar.

Podemos dizer que qualquer “situação organizacional” contém sempre uma margem de incerteza sobre a qual a análise estratégica pode incidir. Ele fá-lo porque o domínio desta incerteza confere um “poder” àquele que a detém.

Podemos ilustrar com um exemplo “um enfermeiro a quem o médico, sobreocupado em certos períodos do dia “confiou” pequenas acções não previstas nas suas funções, pode recusar fazê-las”.

Esta recusa incomoda o médico. Para obter as vantagens que poderá desejar deste último, o enfermeiro tem por vezes interesse em desenvolver essas acções e depois dar a entender que poderá em certos momentos recusar-se a fazê-las.

O recurso do poder é portanto esta margem de liberdade dos indivíduos ou dos grupos, uns face aos outros.

Digamos que o poder não existe só por si. Não pode exercer-se senão numa relação pela qual dois actores aceitam ligar-se um ao outro para a complementaridade de uma dada tarefa, pela qual eles se inserem, pelo menos provisoriamente num conjunto organizado, fazendo com que a existência de uma relação de poder, ser sinónimo da existência de um mínimo de organização e de relação entre os homens.

Como verificamos, a organização regulariza o desenvolvimento das relações de poder. Através do seu organigrama e pela sua regulamentação interna, reintroduz um mínimo de previsibilidade no comportamento de cada um, isto de duas maneiras de acordo com Crozier e Friedberg (1996, p.68).

1º - Afecta a capacidade de jogo dos seus actores, determinando os obstáculos que cada um pode utilizar nas relações de poder.

2º - Condiciona a sua vontade de realmente se servir destes obstáculos no prosseguimento das suas estratégias, fixando os ganhos, isto é, o que cada um pode esperar envolvendo os seus recursos na relação de poder.

Falamos da incerteza e do poder numa perspectiva de análise estratégica, pensamos ser importante fazer referência aos três postulados de análise estratégica.

1º Postulado

- Cada actor numa organização tem objectivos diferentes.

2º Postulado

- Liberdade relativa ao actor.

3º Postulado

- Nos jogos de poder, as estratégias são sempre racionais, mas duma racionalidade limitada.

Mas, será que a análise estratégica das organizações responde cabalmente ao estudo do fenómeno que estamos a investigar?

Dois modos de raciocínio para a análise da organização

Analisar os dados produzidos com base nos actores, mas em que se privilegia a “organização”, através das relações sociais, conduz-nos a dois modos de raciocínio:

- Raciocínio estratégico;
- Raciocínio sistémico. (Crozier e Friedberg, p.197)

O raciocínio estratégico, parte do actor, para descobrir o sistema que apenas pode explicar pelos seus constrangimentos, as aparentes irracionalidades do comportamento do actor.

O raciocínio sistémico, baseia-se no sistema para encontrar com o actor, a dimensão contingente e arbitrária e não natural da sua ordem construída, o que aparentemente estará mais de acordo com o nosso objecto e objectivos do estudo.

Para melhor alicerçamos a nossa discussão, no quadro seguinte apresentamos as principais características de cada um dos modos de raciocínio para análise das “organizações”, e que no nosso caso pretendemos utilizar na análise do processo de cuidados enquanto constructo social.

Quadro nº 6 - O raciocínio estratégico e o raciocínio sistémico - Principais características

ESTRATÉGICO	SISTÊMICO
<ol style="list-style-type: none"> Actores com estratégias individuais <ul style="list-style-type: none"> Ganhos e perdas individuais e de grupo Jogo O conhecimento das estratégias de cada um dos actores <ul style="list-style-type: none"> O conhecimento dos constrangimentos e Das incertezas que a realização das actividades comportam <p>Então</p> <ul style="list-style-type: none"> Pode-se reconstituir o jogo, tornando-se as estratégias racionais. Os actores encontram-se constrangidos a adoptar uma estratégia ganhadora ou de minimização de perdas <ul style="list-style-type: none"> Existe racionalidade no jogo, logo na estratégia, dando peso aos constrangimentos do jogo. A organização como fenómeno sociológico é um constructo cultural, que permite reorientar os comportamentos de forma a obter um mínimo de cooperação, mantendo a sua autonomia. <ul style="list-style-type: none"> É um raciocínio de descoberta, heurística. 	<ul style="list-style-type: none"> Não parte do actor, mas das características do jogo que o raciocínio estratégico (heurístico) permite evidenciar Assenta numa causalidade sistémica (considera efeitos e causas como interdependentes no interior de um sistema onde as suas propriedades – modos de regulação ou de gestão; tipos de jogo predominantes) que permite compreender os resultados que se querem explicar. Existe no início, uma possibilidade de lógica causal, diferente da lógica clássica empregue na análise das actividades humanas. Não é uma lógica abstracta, pois desenvolve-se através do conhecimento dos sistemas de relação ou de acção (em que estas orientam fortemente os actores). Toda a mudança proposta pelo envolvimento dos indivíduos (o desenvolvimento das suas actividades) passa pela transformação destes sistemas. Comporta o risco de esquecer a liberdade dos actores (por se raciocinar através da descrição e esquecermo-nos do carácter construído, logo contingente).

Adaptado de Crozier e Friedberg (1996, 198/202)

As duas lógicas são num certo sentido opostas, sendo uma indutiva – fundada sobre um modelo de negociação e de cálculo; a outra é dedutiva e analisa-se como uma lógica de finalidade e de coerência.

Na primeira lógica, procura-se o cálculo a fazer por cada actor, relativamente ao seu interesse na negociação a ter com os parceiros.

Na segunda, procuramos o conjunto de coerência e de finalidades hierarquizadas que tendem a impor-se a ele, através do resultado dos jogos que ele deve jogar.

Neste sentido, necessitamos mobilizar o conceito de jogo, como “um modelo dos comportamentos humanos que supõe uma visão dualista e não integrada do campo das relações sociais” (Crozier e Friedberg, p. 204).

Aqui importa reforçar o questionamento tal como feito por Giddens, sobre as “sociologias interpretativas”, que contribui para a construção do desenho de investigação que seguimos.

Sugere-nos que a “dualidade estrutural” na interacção social, é construída (a primeira) pela actividade humana, como é ainda o verdadeiro meio desta construção e a segunda (interacção social) caracteriza-se por ser construída “pelo” e “no” comportamento dos actores.

No conceito que antes apresentamos existe uma relação, porque uma aplica-se ao comportamento dos actores no jogo e a outra aos resultados do jogo. Só o jogo enquanto mecanismo social integrador, conseguirá ultrapassar.

Segundo os autores, é em torno deste modelo, sobre este modelo, que a transposição pode operar-se e não sobre um ou outro dos raciocínios anteriores, ou sobre uma confusão dos dois (Crozier e Friedberg, p.204).

É este também um reforço para a estratégia de investigação que adoptámos, quando pretendemos estudar o “espaço de intervalo” ao invés da “oposição” entre os discursos disciplinares e da prática da enfermagem e da medicina.

A lógica sistémica restringe a interpretação nas organizações, enquanto conjuntos estruturados e com constrangimentos, não se aplicando facilmente a situações mais abertas. Por outro lado a lógica interaccionista pode parecer melhor adaptada para analisar campos “não estruturados”, sendo no entanto de ter em conta um postulado de base: não há campo não estruturado?

Mas se partirmos no sentido inverso, do postulado segundo o qual nenhuma situação é deste ponto de vista de tipo branco ou preto, que todo o conjunto humano é estruturado, mas apenas parcialmente, que a sua estruturação¹ é contingente e que mesmo a organização mais integrada não pode obedecer a uma crítica lógica sistémica de integração, então as diferenças entre as situações organização e o conjunto de outras situações é muito menos forte (Crozier e Friedberg, p.205).

Parece-nos com efeito que não existirá geralmente apenas “um jogo”, mas um conjunto de “jogos” mais ou menos integrados, articulando-se uns com os outros e supondo uma regulação de conjunto. Na nossa investigação é o que se procura analisar quando a partir da heterogeneidade observada, se vai encontrando a homogeneidade que se organiza nas regularidades sociais que se concretizam através das actividades sociais, no âmbito do “processo de cuidados”. É por esta razão que consideramos a realidade estrutural como muito forte, entendendo estrutura enquanto regras envolvidas na produção e reprodução de sistemas sociais, e recursos enquanto meios recursivamente usados em situações, (Giddens, 1989, p.18-19).

No dizer de Crozier e Friedberg (p.207) a existência destas articulações e do seu mediador supõe por si um “sistema concreto” que os inclui. A constituição do “sistema de acção concreto” e a sua utilização, apoiam-se de maneira particular na sua articulação, num mesmo movimento, dos dois modos de raciocínio estratégico e sistémico (p.208).

Desta forma, constitui-se num objecto concreto e não apenas num constructo filosófico, permitindo-nos reflectir na forma como são asseguradas e interiorizadas as acções desenvolvidas pelos actores, e de interpretar os fenómenos que observamos de acordo com a grelha que o modelo nos fornece.

Esta “grelha” não se constitui “à priori”, portanto diminui o risco de se fazer uma leitura da realidade decorrente de um esquema “natural”, e que deva ser observado sob pena de sanção.

Segundo Crozier e Friedberg (1996, 209), tal risco não pode acontecer com a noção de “sistema de acção concreto”, pois o esquema é neste caso, um ensaio de reconstituição de um constructo humano indispensável à prossecução de actividades e de relações sociais.

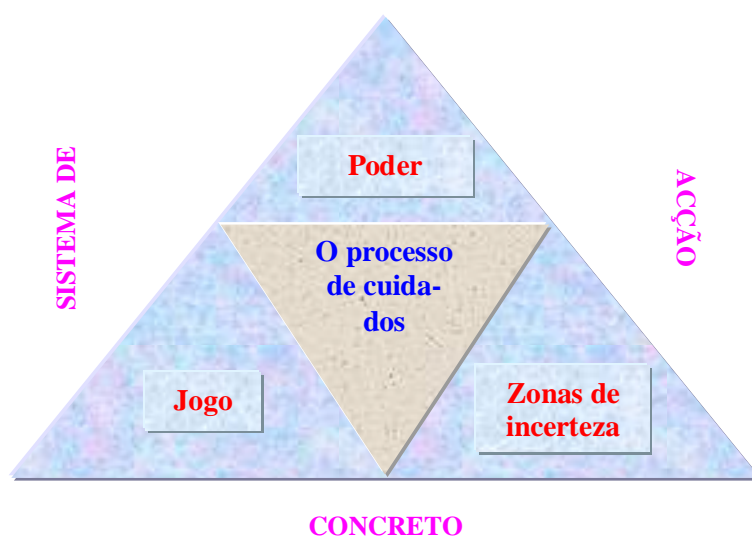
Neste sentido, é necessário existir um jogo que permita coordenar as estratégias dos diferentes parceiros em relação, gerando poder e fazendo emergir zonas de incerteza

1 Estruturação significa desigualdade, entraves à comunicação, necessidade de “detours” para a acção. Estruturação significa primeiro a existência de relação de poder. num sistema que torne possível os conflitos, a negociação, as alianças entre outras dimensões.

Se pudermos descobrir estratégias suficientemente estáveis no interior de um conjunto e se podemos por outro lado, descobrir os jogos, as regras do jogo e as regulações destes, a partir dos quais estas estratégias podem ser efectivamente consideradas como racionais, temos a evidência de que este conjunto pode ser considerado como um sistema.

Esta análise dar-nos-á a “estrutura das relações sociais, na medida em que o grau de estruturação, no sentido da organização consciente, os jogos e os seus modos de articulação ou de hierarquização na relação de uns com os outros, constitui elementos decisivos para compreender este “sistema de acção concreto”. Com o esquema seguinte pretendemos “ligar” a “situação social” de onde partimos “o processo de cuidados” com as dimensões propostas por Crozier e Friedberg, promovendo desta forma a interdisciplinaridade conforme assumimos anteriormente.

Figura 2 – Sistema de acção concreto



O sistema de acção concreto tal como o conceptualizámos antes, conduz-nos à necessidade de clarificação do processo de organizar, pois é através da visão processual da organização que pretendemos completar o núcleo teórico assumido.

O processo de organizar

O conhecimento nas organizações é contextual (Mintzberg, 1996), donde a importância de conhecermos os elementos estruturais e as formas de articulação entre elas, pois o facto de as organizações desenvolverem actividades de carácter complexo (Hospitais), leva à necessidade de coordenação do trabalho, conseguida através da standardização das qualificações profissionais como elemento central do funcionamento organizacional. Para o mesmo autor existem cinco mecanismos de coordenação para explicar as maneiras fundamentais pelas quais as organizações coordenam o seu trabalho,

1. “Ajustamento mútuo; em que a organização realiza a coordenação do trabalho pelo simples processo de comunicação informal.
2. Supervisão directa - é o mecanismo de coordenação pelo qual um indivíduo se encontra investido de responsabilidade pelo trabalho dos outros.
3. Standardização dos processos de trabalho – quando o conteúdo do trabalho é especificado ou programado.

4. Estandardização dos resultados – quando se especificam previamente as dimensões do produto ou do desempenho a atingir.
5. Estandardização das qualificações, que acontece quando se especifica a formação daquele que executa o trabalho” (Mintzberg, 1996, p.21) (Tipologia citada de Simon (1957), March e Simons (1958) e Galbraith (1973).

As organizações complexas como são os hospitais, apoiam-se muitas vezes nas competências e nos conhecimentos dos seus operacionais, que são profissionais, sendo que para Mintzberg (1996, p.379), numa perspectiva de «burocracia profissional» o trabalho operacional é complexo e como tal deve ser controlado directamente pelos que o executam. Nesta lógica e para o mesmo autor, o profissional que controla o seu próprio trabalho, actua de maneira relativamente independente dos seus colegas, mas continua próximo dos clientes que serve (1996, p.380).

A organização enquanto espaço de formação, pode ser entendida como contexto social, onde a acção social é desenvolvida pelos actores organizacionais, conduzindo ao referido por Caetano e Vala (1994, p.41), “o termo organização refere-se ao complexo padrão da comunicação e relação num grupo”, o que parece consistente com o postulado por Boudon (1986), quando se refere à organização como sinónimo de cooperação. Neste sentido podemos dizer que um “pequeno grupo que tem pelo menos um objectivo comum, onde os papéis são diferenciados e hierarquizados, constituem uma organização” (p.433).

Numa Burocracia Profissional, a coordenação das actividades apoia-se na estandardização das qualificações, isto porque quando as tarefas são simples e rotineiras, a organização pode estandardizar os seus próprios processos de trabalho. Mas quando este se complexifica, a organização é forçada a estandardizar os resultados, deixando ao operador a escolha do processo (Mintzberg, 1996, p.126). Para este autor nos casos ainda mais complexos, nem mesmo o resultado pode ser estandardizado e a organização procura então estandardizar as qualificações, conforme referido. Na generalidade das organizações, a estandardização parece ser uma forma de apoio ao seu desenvolvimento.

Outras há que utilizam como alternativa, a supervisão directa e o ajustamento mútuo, tal como preconizado por Mintzberg (1996, p.27), “o primeiro destes mecanismos falha logo que o trabalho da organização se torne demasiado complexo para ser gerido por uma só pessoa. O segundo falha, sempre que existe desacordo entre os que executam e controlam a sua actividade pelo ajustamento mútuo, resultando daí a necessidade de estabelecimento de um supervisor”.

Nesta lógica, as actividades são coordenadas para além da standardização referida, através do parâmetro de concepção que lhe corresponde – a formação e a socialização. No entanto, seja qual for o grau de standardização das qualificações e das competências, a sua complexidade permite ao profissional uma latitude considerável na sua aplicação. Não é possível que dois profissionais apliquem as suas competências exactamente da mesma maneira. O profissional deve utilizar as suas faculdades de julgamento.

Procuramos desta forma entrar na dimensão processual da organização, parecendo-nos que contribui para o esclarecimento desta dimensão o postulado por Orton e Weick, quanto ao conceito de conexão, que por um lado se refere ao facto de as organizações conterem elementos interdependentes entre si, por outro lado, esses mesmos elementos mantêm a sua capacidade de auto-determinação, donde resulta a imagem de “um sistema que é simultaneamente fechado e aberto, indeterminado e racional, espontâneo e deliberado”. (p.204-205)

O facto desta conexão ser imperfeita, permite “reconhecer a existência de dimensões estruturais múltiplas, enfatizando a conexão e desconexão simultâneas e a sua representação das estruturas como sendo moldáveis pela intervenção gestionária, força os investigadores a aprofundar a análise da actividade humana que está subjacente à estrutura da organização”. O estudo do carácter processual das estruturas organizacionais, parece ser por excelência, a abordagem sócio-cognitiva das organizações.

Para Luz (1995, p.40) “como a interdependência entre os diferentes actores é fundamental para a viabilidade das organizações, o estudo dos processos através dos quais é possível obter um conjunto de acções concertadas, revela-se vital, quer para a gestão, quer para a promoção de mudanças”.

Este raciocínio, por nós partilhado, insere-se no preconizado por Orton e Weick em que existe a necessidade de se perspectivar a estrutura das organizações não como algo possuído por estas, mas sim como resultante de um processo de construção.

Esta abordagem processual das organizações comporta um conjunto de aspectos que a torna substancialmente diferente das abordagens clássicas.

A ênfase colocada nos processos, leva-nos a conceptualizar as actividades organizacionais como “processos de tomada de decisão política, nas quais em certa medida, os indivíduos negociam as relações, as definições de ordem social e a distribuição dos recursos” (Hosking, p.151).

Seguidamente apresentamos a perspectiva de Hosking, sintetizada no quadro nº 7 à cerca da visão substantiva e processual das organizações, no que concerne ao contraste entre elas, por nos parecer contribuir para o estudo do processo de cuidados, em determinado contexto, e numa perspectiva de constructo social.

Sendo que pela análise das dimensões em evidência a organização centrada na acção e nos meios de organizar e desenvolver essa acção, constitui-se numa “organização” qualificante, na medida em que valorizar a “estandardização das qualificações” na perspectiva de Mintzberg.

Quadro nº 7 – Contraste entre a visão substantiva e processual das organizações

ÊNFASE NA ORGANIZAÇÃO	ÊNFASE NO PROCESSO DE ORGANIZAR
<p>Topo-Base</p> <ul style="list-style-type: none"> O modelo de organização (topo) está separado e domina o modelo dos indivíduos (base). 	<p>Base-Topo</p> <ul style="list-style-type: none"> A organização reflecte os valores, objectivos e interesses das pessoas.
<p>Realidade física</p> <ul style="list-style-type: none"> Há características organizacionais que existem separadamente das interacções, emoção e cognição dos indivíduos. 	<p>Realidade social</p> <ul style="list-style-type: none"> Os indivíduos constroem e negociam uma ordem sobre o que pensar e como desenvolver as actividades.
<p>Visão unitária dos valores e interesses</p> <ul style="list-style-type: none"> Os indivíduos partilham os seus objectivos e valores, facto que se reflecte nas suas actividades. 	<p>Visão pluralista dos valores e interesses</p> <ul style="list-style-type: none"> Importa saber o que os indivíduos fazem, como se relacionam e qual a relação destes processos com as suas crenças, valores e objectivos.
<p>Constrangimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> A organização é vista como uma fonte de constrangimento. 	<p>Escolhas</p> <ul style="list-style-type: none"> O actor possui capacidades de decisão, orienta a sua acção de forma estratégica.

1.4 – A ORGANIZAÇÃO COMO CONTEXTO DE FORMAÇÃO / SOCIALIZAÇÃO

Ao assumirmos o desenvolvimento desta investigação, necessitamos clarificar, numa perspectiva dialéctica, a importância dos contextos de formação – Escola e Organizações prestadoras de cuidados, enquanto espaços de formação que se pretendem quali-

ficadoras, na perspectiva dos processos da organização enquanto acções sociais desenvolvidas pelos actores individuais e grupais.

Considerando que o ensino clínico (nossa opção em estudo) se realiza em organizações prestadoras de cuidados de saúde, serão estas a constituir os nossos contextos de formação em análise, sem no entanto descurar a análise de formação teórica essencialmente a nível curricular, como fizemos.

De acordo com o nosso objecto de estudo e núcleo teórico adoptado, pretendemos enfatizar a reflexão na dimensão “processual” da organização dos cuidados, numa lógica próxima e de interdependência com o que Hosking designa por visão processual das organizações.

A formação em enfermagem teve desde sempre uma forte ligação ao contexto de trabalho, dado o carácter essencialmente prático da profissão, o que quanto a nós se caracteriza pelo postulado por Crozier e Friedberg “quando consideram a organização não como um dado natural, mas como um problema a explicar, num modelo de alguma forma experimental, valorizando as dimensões cooperação e interdependência entre os actores prosseguindo interesses divergentes senão contraditórios”.

O contexto de socialização

Os contextos de trabalho são lugares de inculcação durável e estruturada de saberes, disposições e operadores ideológicos (geradores de sentido), com a sua especificidade (...) fazem aprender e reconhecer configurações físicas e formas organizativas associadas a uma dada cultura técnica (...) conduzem não apenas à necessidade subjectiva de trabalhar, como ao desejo de o fazer em condições de consenso integrador e securizante (Stöer, p.21). A organização como problema insere-se numa categorização do contextual e não do estabelecido, atribuindo-se grande importância não à tecnicidade específica de uma profissão, mas antes constrói-se em torno das categorias dos problemas encontrados no quotidiano.

Nesta lógica, os contextos de trabalho poderão ser considerados contextos de formação, que produzem a polivalência e problematizam essa polivalência.

Na nossa problemática, esta questão parece-nos de extrema importância pois como refere Correia (1997, p.29)

“esta definição de polivalência coexiste e, por vezes, articula-se com uma outra definição tributária da ideia de formação politécnica que apela para que o referencial da formação deixe de ser uma profissão para passar a ser uma família de profissões. Num caso ou noutro, a polivalência é entendida como uma propriedade dos indivíduos a ser exercitada no contexto de trabalho e não como um produto de uma acção deliberada sobre os contextos de trabalho”.

Neste sentido, estamos de acordo com Deret e Parlier (1990), quando referem que as organizações são um actor predominante no campo da formação, como produtoras de competências profissionais necessárias ao seu desenvolvimento, e qualidade dos serviços que produzem.

Concordamos com Luz (1995) quando afirma que “a articulação da formação com os contextos de cuidados de saúde, potencializa uma relação personalizada da Escola com os serviços de saúde e comunidade, como espaços dominantes do sistema de formação do enfermeiro”.

A construção dos espaços de qualificação é assim, o produto de todas as negociações em interacção, que levam ao confronto entre diversas categorias de actores com interesses e representações diferentes, mas com a obrigatoriedade de realizar uma apropriação mútua (Dubar, 1991).

Estas negociações estão cada vez mais descentralizadas e sucedem-se a níveis diferentes com múltiplos parceiros “(...) estão dependentes dos modelos de competência trazidos por cada um dos actores e dos modos de organização...” (Dubar, 1991, p.156).

As organizações que entram nessa lógica, na nossa perspectiva aproximam-se das organizações qualificantes, (Deret e Parlier, 1990; Stall et al, 1993; Luz, 1995 e Pires, 1995), como espaços que permitem uma aprendizagem que não seja de repetição ou reprodução, mas de compreensão das situações, tornando-se mais versáteis, flexíveis e adaptáveis a novas situações, nomeadamente as requeridas pelo mercado de trabalho e pelas mudanças que se vão operando ao nível das profissões (Malglaive, 1983), alicerçadas em critérios de qualidade dos cuidados de enfermagem”.

Questionamo-nos acerca do papel desempenhado pelos contextos de trabalho antes referidos, consubstanciando a nossa posição no que é postulado por Kuhn, citado por Correia (1997, p.34) “pensar numa ciência que, mais do que produzir certezas definitivas, produz incertezas pertinentes; numa ciência cujo destino social já não é apenas o de fundamentar artefactos tecnológicos ou de esclarecer os problemas particulares por aplicação das leis gerais, mas de uma ciência capaz de induzir pertinências no diálogo com os saberes e as circunstâncias locais”, continua Correia (1997, p.34) a referir que as

transformações nos modos de pensar as organizações autorizam-nos a pensar uma vez mais numa organização qualificante para a formação que, para ser qualificante para os colectivos de trabalho, terá de prestar uma atenção acrescida ao informal, às situações imprevistas, aos diálogos invisíveis dos saberes, aos espaços e aos tempos simbólicos que estruturam a formação mesmo quando não estão presentes na sua materialidade. “A formação é constituída pelos processos através dos quais se transmitem os conhecimentos e as competências relacionadas com o trabalho, ao passo que a socialização é o processo pelo qual se adquirem as normas da organização”. (p.119)

Socialização(ões)

Socialização na perspectiva em que Schein (1968) citado por Mintzberg (1996, p.121) a considera, “refere-se ao processo pelo qual um novo membro aprende o sistema de valores, as normas, e os comportamentos da sociedade ou do grupo em que acabam de entrar”.

Ainda para este autor, na Burocracia Profissional, “a formação inicial dura vários anos e é feita na Escola ou numa outra instituição especializada. Mas o processo não pára aí; é seguido de um longo período de aprendizagem. Este período é consagrado à aplicação prática dos conhecimentos adquiridos na formação inicial (sob a coordenação estreita dos membros da profissão), mas também completa o processo de socialização, de aprendizagem das normas da profissão (...)”.

É nesta perspectiva que quando os conhecimentos e as competências necessárias foram – pelo menos em parte – identificadas, o indivíduo pode ter sido formado antes de começar a trabalhar. Este tipo de trabalho – complexo e não racionalizado, embora em parte registado e especificado – é o tipo de trabalho que designamos de profissional.

A formação em enfermagem, na abordagem que temos vindo a desenvolver, parece-nos ter-se desenvolvido muito nesta lógica, pelo que concordamos com Mintzberg (1996, p.121) quando diz “... os programas de formação profissional só raramente conseguem providenciar todas as competências e todos os conhecimentos necessários, há sempre uma parte que não pode ser especificada ou estandardizada. É por isso que a formação profissional deve geralmente ser seguida por uma certa aprendizagem no trabalho, antes que o indivíduo seja considerado completamente formado”.

Citando Lesne e Mynvielle (1990) o que habitualmente é designado por formação pode fazer-se corresponder a uma parte do processo continuado e multiforme de socialização que coincide com a trajectória de cada um. Ainda para os mesmos autores a “formação” pode ser encarada numa lógica de ruptura com a experiência, ou de articulação potencializando o carácter formativo que é inerente a todas as situações de trabalho.

Ainda a propósito da socialização, Lesne e Minvyelle (1990, p. 389) consideram-na o “processo pelo qual a pessoa humana aprende e interioriza, ao longo de toda a sua vida, elementos sócio-culturais do seu meio, os integra na estrutura da sua personalidade sob a influência de experiências e de agentes sociais significativos, adaptando-se assim ao ambiente social em que vive”.

Berger e Luckman (1973, p.175) consideram a socialização como um processo ontogénico pelo qual o indivíduo se torna membro da sociedade, depois de ter realizado um determinado grau de interiorização.

Nestes conceitos, podemos verificar que não existe uma ruptura entre o individual e o colectivo, mas uma relação dinâmica entre os aspectos internos ao sujeito e os que lhe são exteriores.

Esta perspectiva ajuda-nos a enquadrar a discussão acerca do individual e do colectivo, central ao problema que estamos a estudar.

Assim, em relação a uma postura mais individual ou singular, Weber define a conduta social a partir da conduta individual, acentuando a actividade própria e autónoma do indivíduo. A conduta social é orientada de forma a esperar dos outros um acordo de interesses e explica-se pelo sentido subjectivo que o indivíduo lhe atribui.

Como Silva (1988, p.82) nos refere “o individualismo metodológico não implica forçosamente a queda no subjectivismo”. O procedimento característico do nosso autor (Weber) consiste em desenhar uma perspectivação em espiral, que começa pelo nível micro das acções singulares, para as alargar sucessivamente aos atributos grupais e colectivos, o que se operacionaliza através da nossa estratégia de investigação, partindo do que é designado de "situação social", do mais simples para o mais complexo.

Ainda para o mesmo autor, “«individualidade» não se refere a um acontecimento ou a uma personalidade, mas sim a «constelações» de factos e condutas; constelações que, enquanto combinação de uma infinita variedade de elementos, cujo rosto global fica determinado por uma multiplicidade de vectores, são, uma por uma, únicas, particulares – portanto «individuais» ou «singulares»” (p.105), sendo esta a dimensão que nos inte-

ressa realçar por estudarmos uma situação particular com carácter de singularidade no campo de Saúde em Portugal, que assumimos na problemática deste processo de investigação, através de Boudon, Crozier e Friedberg, em termos de núcleo teórico que permitiu conceber o esquema de inteligibilidade.

No entanto, o «método» compreensivo debatia-se com dois problemas fundamentais, que as pesquisas empíricas fazem ressaltar: Como compreender os sentidos socialmente produzidos? Como compreender acções não racionais?, que procuramos clarificar mais adiante.

Durkheim, citado por Lesne e Mynvielle (1990, p.31) postula no sentido de considerar a socialização coincidente com a educação, na medida em que considera que "a educação consiste numa socialização metódica da jovem geração".

Neste posicionamento, para a socialização é enfatizado o grupo e o constrangimento social, a partir do momento em que se considera que a educação é um meio pelo qual a sociedade reproduz perpetualmente as condições da sua existência e tem por objectivos desenvolver no indivíduo, um certo número de atitudes que lhe são exigidas pela mesma sociedade.

Outro aspecto que consideramos de extrema importância na sistematização que procuramos desenvolver, prende-se com o facto de estarmos a lidar com a formação de jovens adultos, visando a obtenção de um grau académico e consequentemente a inserção numa profissão, pelo que nos parece importante reflectir sobre as questões de socialização secundária, como promotora de mecanismos que assegurem o desenvolvimento de uma profissão.

Para Boudon et al (1987, p.197) “três critérios ocorrem sobretudo na maioria das definições: a especialização do saber que traz consigo uma determinação precisa e autónoma das regras da actividade; uma formação intelectual de nível superior que supõe a existência de escolas de formação devidamente reconhecidas; um ideal de serviço que apela ao estabelecimento de um código deontológico e ao seu controlo pelos pares (...). A profissão pode ser abordada como uma forma de actividade entre outras no contexto global da divisão social do trabalho”. Posição que nos parece compatível com o que anteriormente foi referido à cerca da profissão.

Sabemos também que a especialização do conhecimento e a concomitante organização do pessoal para ministrar os corpos especializados do conhecimento desenvolvem-se como resultados da divisão do trabalho.

Neste conceito, para além de outros, sobressai a questão dos contextos de trabalho, que abordaremos em seguida.

Importa, no entanto reflectir também sobre as instituições e o processo de legitimação e de identidade, tão importantes na nossa perspectiva, em termos de reprodução do conhecimento que é um dos pilares do desenvolvimento de uma profissão.

Se as instituições estabelecerem os elos de interdependência entre as actividades heterogéneas, é necessário questionar sobre qual é a força e a coerência destes elos. Entendemos estes elos como as regras e os recursos, enquanto indicadores da estrutura, envolvidos em instituições que consideramos como dos aspectos mais duradouros da vida social (Giddens, 1989, p.19), fazendo com que o processo de cuidados se apresente com uma realidade estrutural bastante forte, no que concerne à relação social desenvolvida pelos diferentes actores. No dizer de Berger e Luckmann (p.80) “as instituições ao existirem, controlam a conduta humana estabelecendo padrões previamente definidos de conduta, que a canalizam numa direcção, por oposição às muitas outras direcções que seriam possíveis”.

Esta parece-nos ser a situação, que vivenciamos na formação do estudante de enfermagem. Isto porque, o mundo humano é um mundo aberto e onde a actividade humana de construção de um mundo é uma produção colectiva: a sociedade definida como «esta parte da cultura que estrutura as relações incessantes do homem com os seus semelhantes».

Pensamos que as instituições têm aqui um papel importante, pois como referem Berger e Luckmann (1973, p.80) estas “devem pretender e de facto pretendem ter autoridade sobre o indivíduo, independentemente das significações subjectivas que esta possa atribuir a qualquer situação particular”.

No seguimento deste raciocínio, questionamo-nos se de facto o “ensino da profissão” passará pelo controle institucional da Escola, nas seguintes dimensões: a quem se ensina; o que se ensina; onde se ensina e como se ensina numa perspectiva de diferenciação com o “exercício da profissão”, que nos leva a questionar se não passará mais pela socialização secundária, considerando-se que nesta o «sujeito» (estudante) é alvo das acções dos actores que não ele, através da “transmissão de saberes, isto é, transmissão de um conjunto de procedimentos e produtos de conhecimento (teóricos ou práticos), dotados de graus diversos de explicitação (desde o de articulação formalizada de conceitos ao dos mais insensíveis automatismos e disposições programáticas), cuja eficácia

social resulta na medida de serem memorizáveis e transponíveis, de acordo com a especificidade das situações e conjunturas vividas pelos seus portadores” (Stöer, p.18).

Desta reflexão, parece-nos ser claro que é através dos processos de socialização que os homens não somente aprendem os significados sociais, mas ainda se identificam com eles, fazendo-os seus.

Surge entretanto a necessidade de clarificarmos a questão de legitimação que, enquanto processo é idealmente descrita como uma objectivação de significado de «Segunda ordem».

Na perspectiva de Berger e Luckmann (p.126) a legitimação consiste em “tornar objectivamente acessível e subjectivamente plausível as objectivações de primeira ordem, que foram institucionalizadas”, isto porque a legitimação produz novos significados que servem para integrar os significados já existentes, ligados aos diferentes processos institucionais.

Na perspectiva destes autores a legitimação é um processo de explicação e justificação, não se referindo apenas ao indivíduo porque deve realizar uma acção e não outra, mas dizendo-lhe também o porquê das «coisas» serem de determinada forma.

Neste processo de legitimação assegura-se a perenidade a uma regra institucional, além dos seus criadores iniciais, dando sentido ao senso original.

Esta reflexão conduz-nos a uma outra questão. Podemos ter dois tipos de conhecimentos legitimados, decorrentes do facto social apresentado atrás: ensino da profissão e exercício da profissão?

Se isto acontecer, teremos uma:

- “Prática” do ensino da profissão, em que a relação é entre o professor e o estudante.
- “Prática” do exercício da profissão, onde o que conta essencialmente é a relação profissional - estudante?

Para além dos conhecimentos e dos saberes que estão aqui implícitos, parece-nos surgir a necessidade de desenvolvermos um pouco o conceito de actor, no sentido dos intervenientes em todo este processo, bem como os papéis que os mesmos desempenham.

Na nossa perspectiva actores deste processo são as organizações, enquanto actores colectivos que definem orientações e desenvolvem acções unificadas face a outros actores sociais: os estudantes; os enfermeiros que prestam cuidados e gerem esses cuidados;

os médicos; as auxiliares de acção médica; os doentes e os professores de enfermagem. Estes provavelmente os actores que desenvolverão uma atitude de agentes, isto é, interessados em ocupar e desenvolver posições nas referidas organizações (numa perspectiva de estrutura da profissão) e que nesta linha disputam os papéis a desempenhar, por vezes com base nas hierarquias em confronto.

A forma como os actores sociais lutam pelo seu posicionamento (excepto os estudantes e os doentes), na sua própria área de actuação e noutras afins, conduz-nos a um movimento de vai e vem com o referido anteriormente, muito concretamente: aos saberes; à qualificação; à competência e aos poderes.

Àcerca do conceito de actor, reportar-nos-emos ao postulado por Weber quando o coloca no centro da análise, não excluindo, no entanto, esta atenção ao homem, o uso de outros níveis, os dos grupos, das instituições, dos contextos estruturais (Silva, p.159). No dizer deste autor, o programa weberiano da interpretação compreensiva, de interpretação do sentido subjectivamente atribuído às acções pelos actores é prolongado para além do estudo das representações colectivas numa perspectiva determinista, como o proposto por Durkheim. Mas e numa perspectiva de interdependência que nos parece ser importante para o nosso estudo, “o indivíduo que está no centro da sociologia compreensiva é o actor sujeito aos constrangimentos da sua situação, à acção dos outros, aos circunstancialismos colectivos não escapando a Weber as regularidades que pautam grande parte dos factos sociais”. (Silva, p.67)

Para Weber, actores são seres culturais, produtores do sentido e da qualificação axiológicas, sendo eles próprios protagonistas da acção, à qual atribuem sentido.

O actor identifica-se com as tipificações da conduta, socialmente objectivada, mas restabelece a distância em relação a elas, quando reflecte posteriormente sobre a sua conduta. Esta distância entre o actor e a sua acção pode ser conservada na consciência e projectada em futuras repetições da acção.

Neste sentido parece-nos existir uma relação entre as instituições e a experiência dos indivíduos, por meio dos papéis. Ao desempenhar papéis, o indivíduo participa de um mundo social. Ao interiorizar estes papéis, o mesmo mundo torna-se subjectivamente real para ele. (Berger e Luckmann, p.102)

Mas, como nos dizem estes autores “aprender um papel não é simplesmente adquirir as rotinas que são imediatamente necessárias para o desempenho «exterior». É necessário que seja também iniciado nas várias camadas cognitivas e mesmo afectivas, do corpo de conhecimento que é directa e indirectamente adequado a este papel”. (p.107)

O conceito de papel social é um dos conceitos mais difundidos na sociologia, embora com dimensões diferentes, consoante as diferentes perspectivas teóricas. Segundo Berger e Luckmann (p.109), a análise dos papéis tem particular importância para a sociologia do conhecimento, porque revela as mediações existentes entre os universos macroscópicos de significações, objectivadas por uma sociedade, e os modelos pelos quais os universos são subjectivamente reais para os indivíduos.

Numa perspectiva Durkheimiana, considera-se importante a reificação como grau extremo do processo de objectivação e, onde existe a apreensão dos fenómenos humanos como se fossem coisas.

É esta característica que permite perceber que a reificação dos papéis, estreita a distância subjectiva que o indivíduo pode estabelecer entre si e o papel que desempenha.

O Hospital no Sistema de Saúde Português

O Hospital português tem acompanhado e incorporado os avanços técnico-científicos que na Europa e no Mundo se foram realizando e que na actualidade constituem o corpo de conhecimentos que fazem da medicina uma ciência.

Enquanto organizações complexas, onde a interdisciplinaridade acontece, tanto na lógica dos recursos intelectuais como humanos, torna-se indispensável inseri-los na rede de organizações prestadoras de cuidados, mas onde acontece simultaneamente ensino e formação no âmbito da saúde.

Nos contextos da prestação de cuidados hospitalares, já por si organizações complexas, entrecruzam-se médicos, enfermeiros e outros actores com percursos, interesses, formação, motivação e ideologias diversas, e como seria de esperar racionalidades diferentes, o que poderá ou não impedir a formação de uma identidade colectiva. Estes contextos de trabalho, dada a tecnologia e as técnicas utilizadas, as situações de doentes com trajectórias completamente distintas e a gama de conhecimentos (saberes) que são mobilizados, conduzem habitualmente a uma multiplicidade de «pontos críticos», que são fundamentalmente zonas de incerteza e de insegurança, que interessa compreender nesta investigação.

Já o referimos, mas importa salientar que em nossa perspectiva a caracterização sociológica da organização hospitalar tem, apesar de ainda pouco desenvolvida, mostrado a complexidade quer a nível das diferentes representações sociais que aí se articulam (a

saúde e a doença; o cuidar e o curar; o enfermeiro e o médico; o poder e a submissão, etc.), quer a nível das identidades profissionais e dos jogos de poder que emergem das relações sociais desenvolvidas pelos diferentes actores que pertencem ou são referência neste contexto de prestação de cuidados, e de que falaremos em local próprio.

Interessa-nos neste capítulo, reflectir sobre a posição que o hospital ocupa no Sistema de Saúde Português.

Sabemos que desde os tempos mais remotos o Sistema de Saúde é hospitalocêntrico, pois na história da medicina e da assistência à doença, o hospital esteve sempre presente, embora as mudanças nas políticas de saúde das últimas décadas tenham produzido impactos que importa referenciar no âmbito do nosso estudo.

Nos anos 20, o conceito padrão era o de que o hospital desempenhava um papel fulcral nos cuidados de saúde. Segundo Carapinheiro (1993, p.19) “ao longo das últimas décadas o papel do hospital no sistema de saúde português tem vindo a ser constantemente balizado por um quadro legal onde se evidencia a influência das ideologias políticas no sentido do reforço de orientação hospitalocêntrica ou do reforço de orientação sanitária, mas sempre no contexto do predomínio da perspectiva normativista sobre a perspectiva desenvolvimentista”.

Esta é uma lógica que já encontramos quando reflectimos sobre a evolução do ensino de enfermagem, encontrando-se aqui uma forte ligação com o que foi referido para as décadas de 50-60, relativamente a este assunto.

Mas, ainda segundo Carapinheiro que cita Campos, se o hospital foi até aos anos 60 a peça central do sistema, e se a partir de 60 o hospital passou a ser considerado uma peça superior, mas não central, do sistema de saúde, esta mudança de posição foi identificada como resultado das mudanças políticas que substituíram o hospitalocentrismo pelo sanitarismo, através da consagração legal da filosofia de prevenção e promoção de saúde e do esforço da organização dos órgãos e dos serviços vocacionados para os cuidados primários.

Desde o início do século até à actualidade, o hospital passou de uma organização quase exclusivamente devotada a tratar dos pobres, para se tornar um estabelecimento onde novas técnicas de diagnóstico e tratamento estão disponíveis para todas as classes sociais.

Nas décadas de 40-50, com o desenvolvimento da tecnologia no pós-guerra foi dado grande destaque à prestação de cuidados de emergência. O médico tinha o controle do

hospital e o pessoal era constituído por enfermeiros treinados, médicos intervencionistas e desenvolvia-se a necessária investigação clínica, (Ministério da Saúde, 1998, p.23).

A medicina ganhou um poder e prestígio enorme, através da capacidade de intervir directamente na história natural da doença, muitas vezes revertendo o processo e alcançando a cura.

Verificamos aqui, uma vez mais uma congruência entre a evolução do ensino de enfermagem, quando aconteceram as grandes alterações provenientes da reforma de 1965, como vimos em capítulo anterior.

Podemos no entanto, também verificar que a mudança de orientação política de saúde para uma orientação hospitalocêntrica ou sanitarista, fez com que o sistema se tornasse dual, no que concerne ao surgimento e progressiva instalação do sector privado prestador de serviços médicos e de enfermagem.

É importante salientar o que Carapinheiro (1993, p.22) refere quanto à questão da organização das estratégias de poder, “verificamos que a persistente deslocação para o hospital da questão dos poderes dominantes no domínio da saúde, produz efeitos de legitimação da influência e do poder de decisão dos corpos profissionais importantes do hospital e efeitos de deslegitimação de todos aqueles que funcionam na sua órbita e na dependência das políticas que se geram no seu interior”.

Ainda para a mesma autora, “é como se as políticas hospitalares, em todos os seus vectores de acção, determinassem, em última instância, as orientações fundamentais das políticas de saúde em geral, conduzindo as trajectórias dos profissionais e as trajectórias dos doentes”.

É nos hospitais que a evolução tecnológica mais se faz sentir, o que quanto a nós contribui também para a criação e desenvolvimento de representação social, de que é no hospital que existem as condições mais favoráveis de utilização pelas pessoas. Pertencer ao hospital passou a ser uma marca de distinção profissional, contribuindo para o estatuto social do médico. Estabeleceu-se, também, uma aliança entre investigação, ensino e prática de medicina, tornando o moderno hospital no centro de medicina profissional.

Os serviços de saúde em Portugal, pela reorganização ocorrida em 1971 (Decreto-Lei nº 413/71), que apontava para uma filosofia inovadora, ao considerar prioritárias as actividades de promoção de saúde e prevenção da doença, promove o princípio que visa garantir o direito à saúde, passando esta a ser considerada como um bem a atingir e a preservar.

A legislação anteriormente referida, reconhece o direito à saúde, pretende promover uma política unitária de saúde, de integração de todas as actividades de saúde e assistência e do planeamento central e descentralização da execução. Essa reforma cria também os Centros de Saúde, onde se procura operacionalizar a perspectiva sanitária de Organização dos Serviços.

Actualmente preconiza-se que a saúde está na qualidade da relação dos indivíduos com o seu meio. Se esta é boa, as condições de existência, os comportamentos e a auto-estima reforçam-se mutuamente e produzem efeitos positivos sobre todos os elementos que compõem este micro-ambiente. A medicina foi estendendo a sua acção, nos cuidados primários e nos diferenciados, ao indivíduo saudável, persuadindo-o de que pode ser um sujeito em risco e como tal é útil seguir acompanhamento médico.

Nestas circunstâncias, para além dos efeitos que decorrem da sua competência técnica e capacidade tecnológica, os serviços de saúde (neste caso também os hospitais) contribuem para a saúde de uma forma mais directa e mais subtil, na medida em que reforçam a auto-estima, valorizam a autonomia e as capacidades do cidadão, aprofundam o laço de pertença com a comunidade e as suas instituições.

A Constituição Portuguesa no seu artigo 64º, consagra o direito dos cidadãos à protecção da saúde e o dever de a defender e promover. Nesta lógica de raciocínio, o grau de satisfação das pessoas com o seu estado de saúde ou com o estilo de vida que adoptam, podem ser bons indicadores de saúde de uma população, e não apenas os indicadores decorrentes do paradigma biomédico, que quantificam sem compreender o significado atribuído pelas pessoas aos fenómenos singulares, pelo simples facto de que medem apenas aquilo que é mensurável, que é exacto.

É nesta lógica que a fim de responder ao desafio de melhorar a qualidade do atendimento dos cuidados e da satisfação dos utilizadores e de acordo com a Direcção Geral de Saúde (1998, p.139), é imperioso centrar o sistema na pessoa, cidadão e profissional, garantindo: uma efectiva participação que deverá ser baseada na autonomia; o desenvolvimento de lideranças fortes que exijam transparência na gestão e administração; o reconhecimento de flexibilidade necessária, que estimula a experimentação e a assunção de importância de informação, como fundamento de avaliação.

O Hospital, na actualidade, constitui o paradigma da medicina moderna. É um elemento fulcral para os doentes e o local onde se considera que os procedimentos mais invasivos e salvadores da vida podem, e devem ocorrer. A medicina moderna é pois indissociável dos hospitais.

É no hospital moderno que, de forma mais evidente, se confrontam duas práticas de medicina: a humanística e a tecnocrática. A primeira, podemos dizer, centrada no primado da observação clínica tradicional; a segunda, colocando a tónica nos dados objetivos obtidos pelas modernas tecnologias. Mais do que a oposição das duas visões, a conciliação das mesmas será crucial para a correcta abordagem da doença, no contexto do doente.

A missão de ensino não é reconhecida a todos os hospitais, embora no que concerne à medicina (de forma distinta da enfermagem) é no hospital que acontece o monopólio, existindo actualmente a tentativa de alterar esta situação, (Resolução de Conselho de Ministros, 19/11/98, p.4):

"a) o reforço da aprendizagem tutorial de qualidade na comunidade, nos centros de saúde e nos hospitais, no quadro de uma reestruturação curricular dos cursos de licenciatura em medicina e de novas formas de articulação entre as escolas médicas e os centros de saúde e hospitais..."

Um hospital de ensino, terá de ser sempre um centro de excelência. Inversamente, qualquer unidade hospitalar de qualidade deverá ser vocacionalmente um local de ensino e como tal reconhecido.

Isto implica uma cultura de qualidade, ou seja o imbuir de um espírito académico em todos os elementos que nele trabalham.

No entanto, é necessário compreender que o acto médico já não é um simples diálogo entre médico e doente e que se multiplicaram os participantes no que designámos por processo de cuidados, onde as actividades vão desde a promoção de saúde, à prevenção e cura da doença.

Enfermeiros, psicólogos, técnicas de serviço social, técnicos de saúde, nutricionistas e outros, contribuem para uma diferente ecologia educativa e cultural, que tornam indispensáveis o reconhecimento e participação das organizações na formação que consagra a intervenção plural em saúde.

A formação médica, que não vamos abordar exhaustivamente no âmbito do nosso estudo, evoluiu substancialmente na Europa Comunitária e consequentemente em Portugal, para metodologias e conceitos muito distintos dos que a encorpavam na década de 30.

Ao ensino magistral, centrado no professor e oportunístico, contrapõem-se hoje na década de 90, o ensino centrado no aluno, na auto-aprendizagem, orientada para a reso-

lução de problemas e na possibilidade de opções complementares a um núcleo formativo de disciplinas nucleares.

O ensino é desenvolvido no âmbito das ciências que fundamentam a prática profissional médica, tendo como objectivos: a promoção de saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, a reabilitação dos doentes, bem como a formação humana e científica indispensável para a correcta aplicação dos conhecimentos, aptidões e atitudes adquiridas.

Os actores no contexto de formação

Os diferentes actores por nós considerados no processo de cuidados, e porque estudamos a formação em enfermagem, tiveram abordagens distintas ao longo da investigação.

Ao estudar a formação de enfermeiros numa perspectiva interdisciplinar, importa fazer algumas referências embora breves aos actores constituídos em grupos profissionais ou não (médicos, auxiliares e doentes), no sentido de compreendermos mais adequadamente o estatuto diferenciado que possuem no referido processo, estatuto este que se pode considerar como transversal à organização, na medida em que ocorre simultaneamente no exterior da mesma e se materializa com níveis de pressão diferentes.

Os médicos

Como vimos anteriormente, a medicina caracteriza-se por ser uma profissão onde para além do prestígio, a autoridade proeminente é-lhe conferida pela competência. Por outras palavras, o saber médico em matéria de doença e de tratamento, confere definitivamente a autoridade aos médicos, (Freidson, 1984, p.15).

Ao longo dos anos foi-se assistindo a uma modificação das relações de poder dentro das organizações, surgindo com grande frequência, situações de conflito entre profissionais, muitas vezes causado pela existência de diferentes objectivos e prioridades, decorrentes de diferentes orientações paradigmáticas e bem assim, particularmente evidentes em instituições hierarquizadas e burocratizadas, como os hospitais.

Foi-se assistindo a uma progressiva "medicalização" e a convicção de que a medicina moderna para ser adequada e profissionalmente recompensante, implica alta tecnologia a par do crescente poder reivindicativo dos doentes, fez com que os hospitais lutem por

possuírem equipamentos de ponta, que aumentam progressivamente a confiança na tecnologia e na ciência o que leva os doentes a esperarem cuidados adequados para uma cura, tão rápida quanto possível, em todas as situações.

Num certo número de casos, o médico exerce o que se pode designar de uma profissão de tipo tecnológico (Parsons, 1970, p.176), pois pelos seus conhecimentos e pela sua habilidade, dispõe de instrumentos adequados para atingir os fins (p.176). O médico é responsável pelo bem-estar do doente, na medida em que for competente no sentido de promover a cura, o que implica a aquisição e a utilização responsável dos conhecimentos no domínio das ciências médicas (p.176).

Como vimos anteriormente, foi o desenvolvimento da medicina científica e da tecnologia que promoveu o estatuto social do médico. No entanto, apesar de o modelo médico se centrar essencialmente na doença como organizador, em que para além de ser um paradigma reducionista, é simultaneamente dualista na medida em que separa a mente do corpo, tem evoluído para uma perspectiva mais humanista, ao considerar e valorizar a contingência e a incerteza que advêm em larga medida da interferência de elementos psicológicos e sociais nos processos de doença.

A principal responsabilidade do médico para com os doentes é ainda hoje entendida pela sociedade, como a de promover a cura completa, rápida e não dolorosa dos doentes.

No entanto, numa medicina que se pretende mais centrada no cidadão, não é menos importante a valorização de que o doente deseja não só cuidados médicos adequados, como também uma equipa acolhedora, empática com a sua situação.

Conforme referimos antes o processo de cuidados que valoriza a standardização das qualificações, nas organizações complexas como estamos a estudar, não atribui ao médico o estatuto que este detinha antes como o árbitro supremo em matéria de prática médica; sustentada pelo seu prestígio e pelo seu mandato jurídico, o médico detém uma "autoridade" independente do poder administrativo, exercia na divisão do trabalho a autoridade que lhe é conferida pelo saber, a capacidade de julgar e as responsabilidades, o que explicava a existência de uma hierarquia da competência, independentemente da hierarquia administrativa do hospital, permitindo-lhe dar ordens e dirigir o pessoal cujo nível de competência seja inferior ao seu, (Freidson, 1970, p.136).

Para Strauss (1992, p.32), o seu ponto de partida não é a existência de uma divisão formal do trabalho nem o problema de atribuição de tarefas. Pelo contrário, o seu argumento central é a primazia do trabalho. Os processos de trabalho colocam a forma das divi-

sões de trabalho, bem como as experiências, fazendo com que a mesma tarefa possa ser realizada por actores diferentes, com qualificações diferentes, em momentos diferentes da trajectória.

Nesta lógica, o doente encontra-se envolvido na quase totalidade dos processos de trabalho, mas a "sua parte" é difícil de determinar pois não é um actor reconhecido, conforme procuraremos clarificar em seguida.

O doente

A progressiva consciencialização dos direitos, por parte dos doentes, leva-os a questionar as posições assumidas por médicos, enfermeiros e técnicos.

Muitas vezes surgem situações de confronto entre o que os doentes, pensam, desejam ou sentem, porque os profissionais partem da certeza que os conhecimentos científicos que possuem, lhes permitem tomar as decisões adequadas às necessidades que os doentes apresentam.

Cada doente vive o seu próprio problema, enquanto que os profissionais se ocupam de todos os doentes, seleccionam as necessidades de todos os doentes, considerando muitas vezes a energia e o tempo de que dispõem eles próprios (Freidson, 1970, p.131), o que coloca aos outros actores a questão da priorização dos cuidados muitas vezes de acordo com os processos de organização do trabalho, em que o ponto de vista do doente entra em conflito com o pessoal, essencialmente pelas questões que emergem das rotinas do serviço.

É nesta dimensão que certas características dos doentes são importantes na interacção que se desenvolve na situação social em estudo, na medida em que pode ser utilizada pelos restantes actores, para organizarem o seu trabalho.

Os doentes internados podem apresentar diferentes graus de dependência, valorizados pelos diferentes profissionais de acordo com o paradigma orientador da acção dos mesmos. No entanto e concordando com Freidson (p.312) uma vez que o doente é hospitalizado, torna-se relativamente dependente e de certa forma desmoralizado pelo sentimento de ter sido despojado duma parte da sua identidade normal, como sugere Goffman. Outras situações de dependência situam-se na própria incapacidade para procurar ajuda, ou porque as alterações assim o determinam.

Os profissionais consideram o doente como profano, no sentido de que não sabe interpretar o que caracteriza a sua doença, nem avaliar correctamente o tratamento a que está submetido.

É assim que, os diferentes actores da doença não têm necessariamente a mesma posição; os debates de trajectória, tal como conceptualizada por Strauss, são tanto mais vivos e numerosos quanto a trajectória é problemática e as escolhas são por vezes dificilmente conciliáveis. Isto porque os esquemas de trajectória não são fixos. Tanto os médicos como os doentes mudam em resposta à doença e em função das diferentes fases de trajectória.

Como referimos amplamente, a perspectiva paradigmática influencia a construção social do doente na medida em que o organizador é a doença (biomédico) ou a pessoa (holístico), independentemente dos actores que a protagonizam.

O processo de cuidados tal como o conceptualizámos, compreende um outro actor que integra a equipa multidisciplinar, sendo-lhe atribuído um estatuto de dependência directa dos enfermeiros, actuando no referido processo por delegação de competências.

Este actor é designado por auxiliar de acção médica.

A auxiliar de acção médica

Esta categoria de actores é habitualmente definida por trabalhadores não qualificados, pelo facto de não possuírem formação teórica dirigida ao campo de acção. Nesta perspectiva de acordo com Freidson (p.133) com quem concordamos, não são considerados como profissionais. É certo também que este facto parece não ter consequências práticas no âmbito da interacção desenvolvida no trabalho, na medida em que este pessoal não está em condições de impôr o seu ponto de vista aos outros actores profissionais do processo de cuidados.

Na interacção que desenvolvem com os doentes internados, na opinião de Freidson (p.132) existe uma aproximação maior quanto aos valores e aos conhecimentos, o que por vezes facilita a comunicação e a relação social. Na opinião de Freidson (p.134) a existência de pessoal qualificado em número restrito para poder orientar e supervisionar este tipo de actor, faz com que em muitas situações seja possível o exercício de poder, essencialmente em organizações onde os doentes se encontrem despojados da identidade enquanto seres humanos.

Amendoeira (1995), refere a importância atribuída pelos enfermeiros ao trabalho das auxiliares, na medida em que existe uma cooperação com base na delegação supervisionada. Os enfermeiros sugerem mesmo que as auxiliares são uma pedra fundamental na equipa, pois ao executarem cuidados delegados pelos enfermeiros aos doentes com menor dependência de cuidados, promovem a melhoria da qualidade dos mesmos a doentes mais dependentes.

É importante equacionar o tipo de saberes que estes actores possuem, pois devemos considerar dois níveis:

- Um nível de qualificação individual, humana, que devidamente mobilizada numa perspectiva de formação/socialização pode tornar-se numa mais valia para o processo de cuidados;
- Os saberes práticos que apesar de não alicerçados em pressupostos teóricos, quando construídos no quotidiano e legitimados pela filosofia do processo de cuidados, consubstanciam a mais valia anteriormente referida.

PARTE B – CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL DA INVESTIGAÇÃO

1 – A INVESTIGAÇÃO ATRAVÉS DA RELAÇÃO SOCIAL

A investigação desenvolvida nesta estratégia em que procuramos conjugar um conjunto de fenómenos: processos de organizar o trabalho, autonomia, poder, estratégia, formação, interconhecimento, sugere a reflexão no processo social de trocas entre o investigador e os actores “investigados”, numa perspectiva daquilo que Caria (1994, p.73) designa por “relação social da investigação”.

Falamos em “relação social” porque para a construção deste processo concreto, mobilizam-se as interacções intra e intergrupos, em que numa perspectiva de “socialização” é atribuída uma importância extrema ao “outro” significante e referente, na formação do enfermeiro. Sendo esta “relação social” construída a partir de experiências comuns entre actores de “culturas” diferentes.

Mas, a existência de um ponto de partida que é independente da vontade consciente dos indivíduos não nos pode levar a cair no reducionismo de ver as relações de dominação/subordinação; autonomia; poder, como irredutíveis ou imutáveis. O processo vai sendo construído e os seus limites e obstáculos vão sendo revelados e reestruturados na medida em que vão sendo ultrapassados ou integrados.

Deste modo, segundo Bourdieu (1993: 906) o facto de não se tratar de uma qualquer relação social, permite que as interacções sociais possam agir sobre a estrutura da relação, reduzindo ao mínimo a violência simbólica (a comunicação violenta), através de uma escrita e questionamento activos, que recusa tanto o dirigismo como o “laissez faire” nos contactos face a face dos diferentes actores em acção.

Enfatizamos o interconhecimento por permitir “informalização” e “culturalizar” a relação social de investigação. A “informalização” permite a aproximação física emotiva e

da linguagem em relação aos que não nos conhecem, permitindo direccionar mais adequadamente, bem como controlar o processo social em curso.

A “culturalização” permite a familiaridade e cumplicidade dos mais conhecidos, respectivamente com o objecto de estudo, objectivos da investigação, com os instrumentos e meios escritos de pesquisa utilizados e dados a conhecer pelo investigador, bem como a sua postura de questionamento e “recepção” das respostas.

A primeira aproximação ao “contexto”, por forma ao estabelecimento da comunicação essencial ao processo de investigação é facilitada pela informalização.

As diferenças culturais e consequentes desigualdades sociais e simbólicas (já anteriormente referidas) são extremamente importantes na medida em que pela “culturalização” podemos detectar o que é homogéneo na heterogeneidade, constituindo-se nas regularidades importantes à investigação nesta perspectiva.

Isto porque através das “regularidades” atingimos a “estrutura da relação social”, por duas vias: a via mais emotiva e empática, mais interpessoal e quotidiana da vida, e a via mais cognitiva e intercultural, mais conflitual e circunscrita às preocupações e interesses da investigação.

De acordo com Bourdieu (1993 – 907/910/915), podemos dizer que a “culturalização” da relação social da investigação resulta do facto do inquirido aceitar fazer uma auto-análise sobre o seu lugar no mundo, provocado e acompanhado pelo investigador desde que este lhe dê a garantia implícita na informalização da relação de que: (1) as suas construções simbólicas não serão reduzidas a determinações objectivas (diríamos determinações objectivistas normativas e uniformizadas); (2) ao seu “modo de ser” ou ao modo do inquirido manifestar o seu lugar no modo como seria reconhecida legitimidade social.

Foi partindo destas premissas que desenvolvemos a estratégia de investigação e de que nos próximos capítulos vamos dar conta no que respeita essencialmente aos procedimentos metodológicos.

2 – DESENHO DO ESTUDO

O estudo que desenvolvemos, consideramo-lo como exploratório em profundidade, inserindo-se numa abordagem qualitativa orientada por questões colocadas ao quotidiano da formação de enfermeiros.

Situamo-nos na perspectiva compreensiva de Weber, para quem a sociologia compreensiva estabelece a demarcação face à análise dos factos «naturais» ou dos comportamentos anímicos (...) “a distinção é feita entre a acção e a actividade «dotada de sentido subjectivamente visado» e o comportamento meramente reactivo” (Silva, p.97)

O nosso objecto de estudo, situa-se como já o assumimos na área da formação de enfermeiros, em que delimitámos o nosso campo de investigação à vertente ensino clínico, por querermos investigar o processo de cuidados como organizador da socialização do enfermeiro.

Sustentamos esta atitude em De Bruyne et al (p.28) quando referem que o campo de investigação pode ser “concebido como um lugar efectivo do trabalho dos pesquisadores, sendo essencialmente um lugar dinâmico e dialético no qual se elabora uma prática científica que constrói objectivos de conhecimentos específicos, os quais impõem, por sua vez, a sua matriz particular de apreensão e de interpretação de fenómenos”.

Partimos do pressuposto que uma investigação sociológica não é uma sucessão de métodos e técnicas estereotipadas que bastará aplicar tal e qual se apresentam numa ordem imutável.

É nesta perspectiva que pretendemos conhecer melhor a realidade, e podermos desta forma (re) – construí-la, o que na perspectiva de Burgess (1997, p.34) e Spradley (1980) se desenvolve através de Pesquisa de Terreno, utilizando-se estratégias de investigação que permitem ao investigador apreender o mundo social em primeira mão.

Porque pretendemos estudar a realidade, através da investigação aprofundada de uma situação social, pensamos desenvolver uma estratégia próxima de um estudo de caso, de acordo com Bogdan e Biklen (1994, p.89) consistindo este "na observação detalhada de um contexto (...) incluindo um tratamento histórico do ambiente, quando se recorre à observação”.

No nosso estudo, o foco consiste na organização do processo de cuidados, através da interdependência dos diferentes actores, sendo que, quando falamos de grupo, numa organização, como foco de estudo, estamos a utilizar a palavra numa perspectiva sociológica para nos referirmos a pessoas que interagem, que se identificam umas com as outras e que partilham expectativas em relação ao comportamento umas das outras (p.91).

Nesta perspectiva, a pesquisa de terreno não pode ser delineada de um modo claro e nítido, enquadrado no modelo linear de passos ou estádios (...). Fazer pesquisa de terreno não é uma mera utilização de uma série de técnicas uniformes, mas depende de uma complexa interacção entre o problema a investigar, o investigador e os investigados, com a utilização de técnicas multiformes que atribuem à investigação a qualidade que se procura.

Procurámos enveredar pela etnografia, enquanto instrumento metodológico de investigação, naquilo que a caracteriza, quando supõe a presença durável e continuada do investigador num local junto de pessoas que têm entre si um quotidiano comum e regular; quotidiano esse que no mínimo, implica inter-conhecimento pessoal, dependências e solidariedades funcionais e hierárquicas, e socialização local dos indivíduos e gerações mais novas, conforme citado de Beatie, (1980, p.37-38) e Lapassade (1991, p.19-24), em Caria (1997, p.126).

Consideramo-nos privilegiados nesta perspectiva, pois conhecemos o meio e procuramos que esse conhecimento seja utilizado para combater o etnocentrismo, colocando-nos no lugar do outro, de modo a entender o seu contexto e o seu todo cultural.

Como Caria (1997, p.127) poder-se-á então dizer que a potencial dificuldade em lidar com a diferença e o respectivo risco de etnocentrismo que lhe estaria associado, seria, no nosso caso, desprezável, pois tratar-se-ia de fazer um trabalho na mesma sociedade e cultura do investigador.

Neste sentido, estamos conscientes do envolvimento com a situação em estudo e preocupados com o risco de vieses idiossincráticos pela selecção do familiar, procurando

uma postura de "insider/outsider" que ajudará a prevenir os vieses pela selecção do familiar.

Numa perspectiva construtivista, Giddens (1996, p.177) clarifica-nos também as questões de lógica e do método das ciências sociais, quando refere “o mundo social, ao contrário do mundo natural, tem de ser entendido como uma realização engenhosa de sujeitos humanos actores; a constituição desse mesmo mundo como «significante», «relevante» ou «inteligível» depende da linguagem, não como um simples sistema de signos ou símbolos, mas como um meio de uma actividade prática; o cientista social, por necessidade, faz uso do mesmo tipo de capacidades que aqueles cujo comportamento social depende de incumbência hermenêutica de penetrar nos quadros de significado que os próprios actores não especialistas utilizam, na constituição e reconstituição do mundo social”.

É essencialmente nesta dimensão que consideramos ser de mobilizar o nosso conhecimento, para compreendermos "o sentido da acção social" realizada pelo outro, mas em que nos colocamos no "lugar do outro".

3 – O ACESSO AO ESPAÇO DA INVESTIGAÇÃO

Os investigadores necessitam ter em consideração as condições nos seus campos de estudo, se querem conduzir efectivamente uma pesquisa num contexto social particular (Burgess, 1994, p.34).

Neste sentido e tendo a noção de que somos como investigador o principal instrumento de produção de dados, onde procurámos que o trabalho de campo não se alicerce sobre uma cultura como o conhecimento imediato dessa cultura, o que seria um engano, como se o seu entendimento estivesse apenas na sua aparência mais visível, que decorresse apenas dos níveis mais descritivos do fazer e do falar locais (Caria, 1997, p.129).

É nesta perspectiva que pretendemos mobilizar a nossa experiência e cultura (de investigador) que permite conflitar e comparar as interpretações locais com as que atravessam o vivido do investigador.

Sabemos quão complexas são as relações que se estabelecem entre os diferentes actores na organização Hospital, e esta própria como actor. Na organização hospital, como actor, interessa considerar a missão, constituída pelas suas finalidades, estratégias e actividades, operacionalizada numa estrutura em que os actores individuais desenvolvem

relações profissionais de trabalho e formação, mas também o doente, que valorizamos como alvo e centro do referido processo e simultaneamente “produtor” do mesmo.

Numa perspectiva das relações sociais desenvolvidas entre os diferentes actores na produção de cuidados aos doentes, consideramos os enfermeiros, os médicos e as auxiliares de acção médica, como caracterizámos antes.

Sabemos da existência de diferentes papéis e consequentemente estatutos diferentes na produção de cuidados e decorrentes dessa mesma produção, que conduzem à existência de jogos de poder, de estratégias de negociação entre os diferentes actores.

É neste contexto que os estudantes de enfermagem são integrados, numa perspectiva de socialização secundária, razão principal para seleccionarmos uma unidade de internamento de medicina, para estudar este fenómeno.

Pensamos que na compreensão do “processo de cuidados” pode estar a possibilidade de compreendermos a necessária articulação entre a formação teórica e a formação prática.

Consideramos em simultâneo que, tal como referido por Caria (1994, p.126) que cita Wolcott, primeiro a etnografia justifica-se porque se visa estudar uma cultura que nos seja discrepante e não estudar práticas, por um lado, e representações sociais, por outro; visa-se entender a união indissociável, realizada quotidianamente pelos actores sociais, entre fazeres e saberes, e entre estes e as interpretações que os actores fazem colectivamente dessas ocorrências para poderem gerir os processos de socialização, ou os disfuncionamentos do grupo. Segundo, não existe uma homogeneidade ou tendencial uniformidade cultural, vivemos numa sociedade pluricultural, não só etnicamente mas também, porque existem desigualdades sociais (...) que são condicionadoras dos modos de fazer e pensar na mesma sociedade.

Podemos então dizer que pretendemos essencialmente descrever uma cultura (...) e mais do que estudar as pessoas, com a etnografia pretendemos «aprender» com as pessoas (Spradley, 1980).

O local

Decorrente dos aspectos antes referidos, bem como das questões de investigação formuladas, procurámos seleccionar o contexto organizacional que apresentasse determinadas características que passamos a referir:

- A organização (Hospital) no seu sub-sistema de enfermagem, preconiza um quadro de referência explícito, consentâneo com o quadro de referência de formação (Escola);
- Grande número de enfermeiros, diplomados pela Escola Superior de Enfermagem;
- Investigador como formador externo para os enfermeiros, no âmbito da reflexão sobre as questões do processo de cuidados.
- Resultados de investigação realizada pelo investigador em 1993/94, situando-se estes a dois níveis:
 - Os que caracterizam a unidade seleccionada, de forma genérica, numa perspectiva sociológica e os provenientes da opinião dos professores.

Quanto aos primeiros salientamos:

- Emergência de quatro dimensões do processo de cuidar:
 - Passagem de turno, caracterizada essencialmente pelo facto de existir uma responsabilização clara de cada enfermeiro, por um número de doentes que já conhece ou passará a conhecer com base na informação dos registos de enfermagem, considerados como instrumentos de trabalho.
 - Prestação de cuidados, de acordo com planeamento individualizado, em que existe a figura da enfermeira responsável, que permite estabelecer uma relação interpessoal que se desenvolve com base em todas as etapas da metodologia científica.
 - Interação social, desenvolvida com base no trabalho de equipa, com funções devidamente definidas.
 - Registos, utilizados e valorizados na perspectiva da continuidade de cuidados, demonstrando a utilização de um modelo explícito para o processo de cuidar, convergentes com os princípios orientadores da Escola.

Para o grupo de professores de enfermagem inquiridos, salientaram-se os resultados:

- "... Existe uma responsabilização clara de cada enfermeiro por um número de doentes que são conhecidos ou passará a conhecer com base nos registos de enfermagem, considerados como instrumento de trabalho";
- "Os doentes de processo⁽¹⁾ são melhor conhecidos pelos enfermeiros, devido à relação interpessoal que se desenvolve em todas as etapas da metodologia científica";

- "Existe a preocupação da individualização dos cuidados, procurando-se o trabalho de equipa, com funções devidamente definidas";
- "Os registos⁽²⁾ são utilizados e valorizados na perspectiva de continuidade de cuidados";
- "Existe um modelo explícito para o processo de cuidar e elementos convergentes com os princípios orientadores da Escola";
- "O tipo de processo de cuidar na unidade, possui um conjunto de características que lhes permitem fazer do ensino clínico um espaço onde os alunos aprendem enfermagem por excelência, isto porque encontram neste contexto a possibilidade de aplicar o que aprenderam no ensino teórico". (Amendoeira, 1996, 24; 25 e 29)

Para além dos critérios que podemos relacionar com a problemática em estudo, tivemos ainda em consideração outros critérios, estes de ordem metodológica, que tal como definidos por Spradley (1980), dão consistência à nossa decisão.

(1) Os doentes a quem a enfermeira fez acolhimento, avaliando as necessidades e planeando as acções de enfermagem, com base no diagnóstico de enfermagem.

(2) Informação sobre cada um dos doentes, registada em espaços próprios se constitui numa base de dados utilizada em continuidade.

Assim, consideramos o primeiro critério – Simplicidade, pois seleccionamos situações de complexidade menor quando decidimos acompanhar um enfermeiro na prestação de cuidados aos doentes que tem a cargo, na perspectiva de um conjunto de actividades, realizadas num determinado local, por um actor específico naquilo que se pode designar por “situação social” e representada pelo seguinte esquema:

Figura nº 3 – Representação esquemática da situação social



Estas situações foram evoluindo para cada vez mais complexas, essencialmente porque no mesmo local se passou a privilegiar a interdependência entre os diferentes actores,

como produtora de “espaço social”, bem como a complexificação das actividades desenvolvidas, tanto na perspectiva autónoma, como na interdependente.

A acessibilidade, consideramo-la como facilitador, pois o investigador é considerado como “alguém da casa”, sendo esta referência feita por diversas vezes e por diferentes actores que não só os enfermeiros.

O terceiro critério para a selecção deste local, baseia-se no facto do investigador não ser considerado como um intruso (não intrusão) o que potencia a integração não apenas no espaço físico original às situações sociais (unidade de internamento), mas numa perspectiva do espaço social mais alargado, onde se desenvolvem relações sociais entre os diferentes actores em situação.

A permissividade, considerada como a possibilidade do investigador ter entrada livre, limitada ou restrita, foi outro dos critérios mobilizados, na medida em que, e em consonância com o critério anterior, sentíamos a possibilidade de nos mobilizarmos em todos os locais onde se desenvolve o processo de cuidados, tendo por base a unidade de internamento em Medicina.

Por último, a participação foi um critério por nós muito valorizado, pois consideramos ter a possibilidade de participar nas actividades inerentes ao processo de cuidados.

Decidido que estava o local da investigação importava partir para o acesso a esse local. Sabemos que o processo de iniciação e de ressocialização do investigador que ocorre no início de um projecto de pesquisa, influencia o produto final do relatório de pesquisa (Burgess, p.41).

Por este facto atribuímos grande importância às estratégias de acesso, que envolveram todos os participantes na situação social (excepto os doentes).

O acesso

Um dos pontos que privilegiamos nesta estratégia, foi considerarmos que o acesso aconteceria por patamares de hierarquia, que importa clarificar.

Para além de fazermos o pedido formal ao Conselho de Administração do Hospital (anexo 1), estabelecemos contacto com representantes de todos os grupos envolvidos (Director do serviço pelos médicos, e enfermeira chefe pelos enfermeiros e pelas auxiliares de educação médica).

Fizémo-lo numa lógica de negociação com todas as partes (prevenindo o enviesamento). Este contacto com os médicos e os enfermeiros foi realizado após autorização do Conselho de Administração do Hospital.

Ao Director do serviço (Médico) solicitámos-lhe não só uma entrevista, como a indicação do outro médico com quem poderíamos falar para nos conceder a segunda entrevista. Considerámos esta a forma de acesso mais adequada, não só porque não conhecíamos os outros médicos, como considerarmos mais adequado ser o “médico-chefe” ¹ a sugerir a pessoa indicada, tendo o critério de escolha recaído, no médico com mais tempo de exercício profissional no serviço.

O acesso ao “médico-chefe” foi facilitado por um enfermeiro da equipa que, após o investigador ter falado telefónicamente com o primeiro, negociou com este o “tempo” para a entrevista, visto o médico acumular as funções de Director Clínico ² e passar períodos curtos de trabalho na unidade de internamento.

O acesso aos enfermeiros foi através da enfermeira-chefe, tendo-se-lhe solicitado que nos indicasse quatro enfermeiros, da equipa que:

¹ Médico-chefe, é o director do serviço

² Director clínico, é o médico que integra o Conselho de Administração do Hospital

- Estejam há mais tempo no serviço
- Dois diplomados pela Escola Superior de Enfermagem da Sub-Região de Saúde onde o hospital se encontra e dois diplomados por outra Escola.

A enfermeira chefe indicou-nos também as três auxiliares de acção médica que entrevistamos, sendo aqui o critério – a maior estabilidade das três auxiliares de acção médica inquiridas, na unidade.

Nos contactos aos diversos níveis, procurámos descrever o estudo que pretendíamos realizar, de forma a que seja plausível a decisão em participar.

Na continuidade da pesquisa de terreno, preparámos a observação, sendo que para este momento considerámos oportuno desenvolver os contactos de forma adequada a cada grupo profissional.

Assim, com os enfermeiros participámos numa reunião de equipa de enfermagem onde nos foi atribuído um tempo de cerca de 15 minutos para apresentação do objecto de estudo, dos objectivos e da forma como planeámos desenvolver a investigação. Foi dado um tempo para colocação de questões ou dúvidas. Os enfermeiros presentes manifestaram a satisfação por poderem participar numa investigação que, pensam poderá

ajudar a clarificar o seu campo autónomo, manifestando apenas o desejo de que os resultados lhe sejam facultados, tal como o foram na experiência anterior.

O contacto com o director do serviço foi realizado com o objectivo duplo de informar sobre o estudo que está em desenvolvimento e a necessidade de que os restantes médicos estejam informados do referido estudo. A receptividade foi grande, referindo que quando teve conhecimento do despacho do Conselho de Administração ficou motivado para participar no estudo, pois considera que a “Sociologia da Saúde” necessita desenvolver-se, podendo ser bastante útil à melhoria da compreensão dos fenómenos cada vez mais complexos neste campo. Garantiu-nos todo o apoio necessário não só em termos individuais como relativamente ao grupo de médicos que trabalham no serviço. Em relação às auxiliares de acção médica, não foi possível falar com todo o grupo em simultâneo, pela razão de que é uma equipa com grande mobilidade no serviço e não houve nenhuma reunião programada, não querendo nós impor nenhum momento específico para trabalhar esta informação. Nesta conformidade, optámos por conversar individualmente com cada uma das auxiliares que íamos encontrando no nosso período de observação.

A cada um destes “grupos” apresentamos a previsão do desenvolvimento do trabalho mediante cronograma elaborado para o efeito.

Esta estratégia, procurou valorizar os aspectos que Burgess (1994, p.41) aponta como imprescindíveis e de que destacamos:

1. Necessidade de negociar aos vários níveis, e não apenas com os actores do topo da hierarquia.
2. Ser claro no desenho do estudo que se apresenta, para que os participantes percebam qual o seu papel e o que se lhes solicita.
3. Definir claramente o papel do investigador.
4. O investigador necessita controlar as suas próprias actividades, de modo a garantir a qualidade dos dados.

Nesta sequência não pretendemos tornar-nos um “nativo” nem imitar qualquer um destes actores com quem nos propomos trabalhar, sendo que os aspectos metodológicos de etnografia ajudaram-nos a identificar os etnocentrismos, o “nosso” e o dos “locais”, e que em seguida evolui para as comparações das diferenças que são obstáculo às zonas parcelares de entendimento mútuo.

Ela (a etnografia) permite um conhecimento não sobre a diferença, mas sim um conhecimento na relação intercultural entre diferentes (Caria, 1997, p.132). Esta é uma postu-

ra que nos parece consubstanciar e reforçar a nossa intenção de investigar o que “está no intervalo” da formação teórica e da formação prática.

Uma das particularidades do nosso estudo é que pela primeira vez se estuda a formação/socialização dos enfermeiros, através do estudo das relações sociais entre os diferentes actores que produzem o processo de cuidados.

Pensamos que o termos partido deste pressuposto é alicerçado no facto de possuímos um conhecimento construído o que nos facilita a abordagem deste fenómeno, considerando-o como um “contexto totalidade” tal como referido por Caria (133) quando diz “a ideia de contexto-totalidade relaciona-se com a necessidade de saber se ao irmos estudar uma cultura local ela poderia ser confinada aos membros do grupo profissional (no nosso caso os enfermeiros), ou se para a compreendermos, mais total e completamente, não teríamos também que entender as outras culturas que com (os enfermeiros) coexistem no mesmo local: compreender a rede de interações locais que os “enfermeiros” mantêm com, médicos, doentes, auxiliares, etc.”.

A nossa intenção é desenvolver a investigação no local seleccionado, não sendo o mais importante referenciá-lo apenas enquanto local de investigação, mas sim pelo que este local permite na compreensão através das questões colocadas pela investigação.

4 – OS ENCONTROS COM OS ACTORES DO TERRENO

De acordo com o objecto e os objectivos de estudo, bem como pela problemática equacionada, a população em estudo é constituída por enfermeiros, médicos e auxiliares de acção médica de uma unidade de internamento Hospitalar.

Ao reflectirmos sobre: quem seleccionar? Como fazê-lo? Que critérios definir? Procurámos a qualidade da informação, considerando que “é a abordagem das situações reais que põe ao investigador de terreno, problemas de selecção e de controlo dos dados que são obtidos” (Burgess, p.57).

Sublinhando que “numa investigação em que não existe uma intenção quantitativa, mas sim compreender (...), ao observador colocam-se em primeiro lugar, questões acerca do que vê e imagina em termos de relação de classificação, que depois facilitem a análise” (Grawitz, 1990: p.413).

A caracterização dos actores

No nosso caso, os acontecimentos, situações e pessoas que decidimos observar, dependem dos interesses teóricos e substantivos de que resulta, e que conduzem a diferentes estratégias de amostragem.

Optámos por uma amostragem não probabilística e intencional, por envolver a escolha de acontecimentos e pessoas. Neste tipo de amostragem os informantes podem ser seleccionados para o estudo, de acordo com critérios por nós estabelecidos, de que salientamos a experiência prévia, por lhes conferir um nível especial de conhecimentos.

A esta estratégia de amostragem associamos o conceito de “saturação”, no sentido em que não pode encontrar-se nenhum dado adicional que contribua para as categorias consideradas.

Pensamos ainda, que pelo facto de sermos enfermeiro e conhecermos o “meio” podemos usar este conhecimento para seleccionar o que pretendemos observar, embora possamos encontrar algumas dificuldades, que equacionámos no ponto: Biografia no campo profissional de enfermagem.

Denzin, citado por Burgess (1990, p.58), refere-nos os procedimentos comuns a qualquer estratégia de amostragem e que nos ajuda a obviar as referidas dificuldades:

1. As observações do investigador estarem enquadradas teoricamente.
2. O investigador ser capaz de situar e enumerar as principais unidades de estudo.
3. A amostra deve ser representativa do universo onde é extraída.
4. Os investigadores devem permanecer no terreno até que uma teoria seja adequadamente testada ou desenvolvida.
5. O comportamento deve ser sujeito a amostragem no contexto real, por forma que as observações que são feitas, sejam relevantes para a perspectiva teórica.
6. A amostragem deve ser, quando possível e sempre que possível comparativa.
7. Os investigadores devem tornar públicos os seus procedimentos de amostragem por forma a que se possa proceder a uma avaliação dos processos de selecção usados.

De acordo com Leininger (1985, p.14) a metodologia qualitativa “ênfatiza a qualidade enquanto natureza, essência, significado e atributos”, colocando a sua ênfase na interpretação individual da realidade, o que se nos afigura como consistente com a problemática e objectivos do nosso estudo.

O procedimento pelo qual decidimos, caracteriza-se por nos situarmos no terreno, “nas situações reais” em que as observações podem ocorrer. Considerámos os actores (pes-

soas) como informantes chave, numa perspectiva de partilharem connosco o “conhecimento” da realidade, por forma a conseguirmos “construir” os espaços sociais da investigação que iríamos continuar a desenvolver com os mesmos actores e outros na perspectiva da “situação social” já descrita.

Em relação a estes apresentamos alguns dados de caracterização, no quadro nº 7, verificando-se que o grupo profissional dos enfermeiros é o que apresenta menor média de idade em anos e menor tempo de exercício profissional, embora apresente a maior variação tanto numa variável como na outra:

- Enfermeiro “mais novo” – 23 anos
- Enfermeiro “mais velho” – 43 anos

Quanto ao tempo de exercício profissional varia entre 2 e os 20 anos, para as enfermeiras ao passo que é de 4 e 15 anos para os médicos. (Anexo 2)

Quanto ao “género” os actores são representativos da situação do país, de acordo com dados do Ministério da Saúde (1997), onde podemos verificar que em 1995 a relação é para as enfermeiras de 81,8% para o sexo feminino e 18,2% para o sexo masculino; e para os médicos 41,7% e 58,3% respectivamente.

Quadro nº 8 - Caracterização dos actores intervenientes na investigação

CATEGORIA PROFISSIONAL	SEXO		IDADE (Média em anos)	TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL (Média em Anos)	LOCAL DE FORMAÇÃO	
	M %	F %			ESE Sub-Região	ESE(s) Outras Sub-Regiões
Enfermeiro	1 5	19 95	29	7	11	9
Médico	2 50	2 50	40	9		
Auxiliares		5 100	37	11		
TOTAL	3	26			11	9

Do discurso destes actores emergiram os “espaços sociais”, por eles considerados de produção de cuidados e por nós assim considerados como campos de observação privilegiados.

Neste sentido, necessitamos ter em consideração o processo de amostragem que anteriormente referimos, preocupando-nos com o controle sobre as unidades de estudo.

Assim, apesar de estudarmos “apenas” um único local dentro do hospital, a unidade de internamento, o que nos permite concentrar no ritmo social, no tipo de acontecimentos e comportamentos esperados, necessitamos ter em conta as redes sociais e os aglomerados de situações que são envolvidas (Spradley citado por Burgess, 1997, p.65), o que provoca uma complexificação do estudo, levando-nos a procurar utilizar uma diversidade de técnicas de colheita de dados que passamos a apresentar nos capítulos seguintes.

4.1 – O INTERCONHECIMENTO E O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO

As características deste estudo, intensivo; próximo do estudo de caso; qualitativo e essencialmente pela selecção do familiar obrigaram-nos a procurar metodologicamente uma estratégia multiforme de colheita de dados, mobilizando diferentes técnicas em diferentes momentos do estudo.

Os sociólogos que fazem pesquisa de terreno defendem a necessidade de, para se fazer entrevista semi ou não estruturada, o investigador deve possuir um minucioso conhecimento e preparação, das pessoas e das situações que vai inquirir (Burgess, 1997, p.113, que cita Zweig). Diz ainda este autor que é essencial observar as pessoas antes de que uma conversa detalhada possa ter lugar.

O facto de sermos professor de enfermagem e conhecermos as situações que questionámos neste estudo, bem como a investigação já referenciada e que desenvolvemos, permite-nos continuar o processo de construção de dados através da entrevista semi-estruturada, onde pretendemos compreender o posicionamento dos entrevistados relativamente aos factos do “seu quotidiano”, possibilitando-nos em seguida mobilizar o “nosso conhecimento” para observar “esse quotidiano”, tendo como unidades de observação actores que desenvolvem “práticas” relacionadas com os ditos “factos”, para o que se desenvolveu observação participante.

Mas ao considerarmos actores, não só os de âmbito individual, como também a organização como actor decidimos analisar alguma documentação que em nossa perspectiva clarifica a “missão” da organização, no que concerne ao processo de cuidados, que mobilizamos essencialmente na análise dos dados.

Entrevistas

Para a tomada de decisão sobre as técnicas a utilizar para construir dados acerca de uma determinada situação, baseámo-nos no pressuposto de considerar a entrevista como procedimento de investigação científica que utiliza o processo de comunicação verbal para recolher as informações.

Ao conceptualizarmos a entrevista como um processo de interacção social, em que se estabelece, com os entrevistados, uma relação que promova a distância e previna o envolvimento pessoal, estamos a pretender não induzir nem sugerir respostas, prevenindo a manipulação e evitando os vieses.

As entrevistas não estruturadas ou semi-estruturadas, raramente são conduzidas isoladamente, pois frequentemente integram-se num programa de investigação, utilizando o conhecimento do investigador sobre a situação social.

Quando se nos colocou a questão em sermos nós o entrevistador (pelo facto de conhecermos e sermos conhecido), apoiámo-nos na importância “da relação entre o investigador e os investigados é crucial. Habitualmente assume-se que a relação é estabelecida pelo investigador. Nestas circunstâncias é essencial que o investigador conduza ele próprio as entrevistas” (Burgess: p.117), tendo sido razão suficiente para decidirmos ser nós a fazê-lo.

Convictos que o resultado das entrevistas dependeria essencialmente da nossa atitude enquanto entrevistadores, procurámos conduzi-las tendo em atenção o nível de profundidade das respostas, orientando-as no sentido dos objectivos da entrevista, de acordo com Grawitz (1990).

Esta atitude alicerçou-se no facto de considerarmos como fundamental o grau de liberdade e o nível de profundidade, que contribuem para a valorização dos relatos verbais dos sujeitos, não só para obtenção de informação sobre os “factos” do “seu quotidiano”, bem como para a compreensão da sua postura perante esses “factos”.

Esta nossa atitude, foi consubstanciada pelo que refere Giglione (1993, p.63) “a liberdade da pessoa inquirida deve ser valorizada e não, como se faz por vezes a do entrevistador”. No entanto, preocupamo-nos também com o que Grawitz (199) refere, “se é dada liberdade ao inquirido para responder à sua maneira, tal não significa que fale ao acaso”.

Este fim foi uma das razões pela qual constituímos um guião de entrevista que funcionou como “aide-memoire” à condução do mesmo (anexo 3), procurando garantir que em todos, esses tópicos fossem abordados (Burgess, 1997, p.118).

Ainda no âmbito da definição do nosso papel como entrevistador, procurámos estar atentos ao nível da profundidade das respostas, orientando os entrevistados no sentido dos objectivos da entrevista. Grawitz (1990, p.747), diz-nos a este propósito que a entrevista semi-estruturada “tem como objectivo centrar a atenção sobre a experiência e os efeitos de um ou mais estímulos particulares”, o que no nosso caso nos levou à definição dos objectivos, que apresentamos em anexo 2.

Observação participante – a preparação

Ao pretendermos estudar uma situação social, procurámos fazê-lo integrado na realidade, em que os actores constróem essa mesma realidade com base no senso comum que caracteriza a sua vida quotidiana, no seu mundo social.

Esta perspectiva sugere um mundo social não objectivo e envolve significados subjectivos e experiências que são construídas pelos participantes nas situações sociais (Burgess, 1997, p.85).

As razões da opção pela “pesquisa de terreno” e muito concretamente numa perspectiva etnográfica, prendem-se com o facto de usarmos a etnografia, de acordo com os objectivos do estudo, e porque pretendemos essencialmente descobrir o conhecimento cultural que as pessoas utilizam para organizar o seu comportamento e interpretar a sua experiência (Spradley, 1980, p.30-31), num campo complexo como é o da saúde.

Na perspectiva dos autores que preconizam esta metodologia como a forma de interpretar os significados e experiências dos actores sociais (Spradley, 1980; Burgess, 1997 e Bogdan e Biklen, 1997), os investigadores devem utilizar a observação participante por forma a terem acesso aos significados que os participantes atribuem às situações sociais.

De acordo com o objecto e os objectivos de estudo, parece-nos ser esta uma técnica adequada para a construção de dados em contexto, que permitam contribuir em complementaridade com as outras técnicas utilizadas: entrevistas e análise documental, para a problematização das quatro questões de investigação colocadas no nosso estudo (p.22), com ênfase essencialmente nas 2 e 3, no que respeita à observação.

Na observação participante o investigador é o principal instrumento da investigação social, considerando-nos em vantagem, conforme já afirmámos por termos a oportunidade de estarmos disponíveis para colher dados ricos e pormenorizados, através da observação de contextos naturais e nos quais podemos ter acesso aos conceitos que são usados no dia-a-dia, por conhecermos a linguagem dos intervenientes.

Consideramos ser enriquecedor o nosso conhecimento, como forma de seleccionar os acontecimentos que se constituirão como unidades de observação. Estamos atentos ao facto de estarmos envolvidos em relação face a face com os investigados e que simultaneamente fazemos parte do contexto em que estes estão a ser observados; e de acordo com Schwartz e Schwartz citados por Burgess (1997, p.87), poder resultar daqui a possibilidade de modificarmos e influenciarmos o contexto da investigação, bem como podermos ser influenciados por este contexto. Como organizadores da observação que desenvolvemos, definimos os objectivos, (anexo 4).

A nossa postura como investigador conhecido no contexto e conhecendo o contexto, fica grandemente facilitada por manifestações de diversos actores, que nos consideram como “sendo da casa”. Exemplificamos esta situação com uma passagem na cafetaria do Hospital, onde o Sr. Administrador Delegado ¹, nos apresentou a uma outra

¹ Administrador Delegado é um dos actores que integra o Conselho de Administração do Hospital, para além do médico e enfermeira.

Administradora, como sendo “um enfermeiro que tem contribuído para a Investigação e para o conhecimento científico sobre a qualidade da formação, não só pela investigação que tem feito no nosso hospital, como pela colaboração na formação de pares no mesmo espaço”.

Para nós, este é um sinal claro de aceitação e de valorização do trabalho desenvolvido e de aceitação no contexto - organização. Mas também a nível da unidade de internamento sublinhamos esse grau de aceitação manifestado por gracejos; por referência e recordação de momentos anteriores agradáveis; por convites para tomar o pequeno almoço, almoço, pelas pessoas em situação social, essencialmente os enfermeiros.

Não sendo necessário passarmos pelas fases distintas: integração, adaptação no contexto, todo o nosso investimento foi no sentido de valorizarmos o facto de “ser-se investigador significa interiorizar-se o objectivo de investigação, à medida que se recolhem dados no contexto, isto porque, conforme se vai investigando, participa-se com os sujeitos de diversas formas” (Bogdan e Biklen, 1997, p.127).

De acordo com os mesmos autores, embora na abordagem objectiva os sujeitos conheçam os objectivos de investigação, uma vez estabelecida (esta) relação, acabam por se esquecer do facto de que são objecto de investigação.

Nesta lógica, a forma como participam depende de quem somos, dos nossos valores e da nossa personalidade. Torna-se imperativo ajustar o nosso comportamento à tarefa da investigação.

Nesta estratégia, o investigador vai observar directamente os comportamentos e assim, a correspondência ou a discrepância entre o real e o ideal pode ser descrita, avaliada e explicada. Parece-nos ser aqui de enfatizar o “factos” conhecidos através das entrevistas, que permitiram desenvolver a observação das “práticas”.

De entre os vários papéis de observador, optámos pelo de observador participante, que tem “um papel conhecido publicamente no ambiente e, em que os objectivos do estudo são conhecidos pelo sujeito em situação de estudo, desde o início e, intencionalmente não permanece escondido. Este papel proporciona o acesso a um grande lote de informação e mesmo informações confidenciais, podem ser fornecidas quando ao investigador é reconhecido o direito a informação confidencial, no entanto este terá que aceitar o controle do grupo sobre o que será ou não tornado público pela pesquisa” (Munhall e Oiler, 1986; Ludke e André, 1986; Spradley, 1987; Burgess, 1997 e Bogdan e Biklen, 1997).

Ao desenvolvermos a observação com estas características sentimo-nos com escasso envolvimento da nossa parte, conforme referência feita pelos autores que fundamentam a nossa percepção.

Lugares e tempos de permanência no hospital

Ficamos com a convicção que fomos o principal instrumento de construção de dados. Essencialmente por este facto, tornou-se-nos imprescindível aplicar a habilidade necessária no sentido de estabelecermos relações de confiança e de respeito mútuo com os informantes.

A forma como definimos o nosso papel enquanto observadores, facilitou-nos a permanência nos locais em que desenvolvemos a observação. A opção por este papel de observador, enquanto instrumento de observação, permitiu-nos recorrer aos conheci-

mentos e experiências pessoais, como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do objecto de estudo.

Quanto aos espaços onde desenvolvemos a observação, consideramo-los pela conjugação do “espaço físico” e do “espaço social”, de acordo com quadro seguinte. Tivemos em conta a situação social compreendendo três elementos essenciais: os actores, as actividades e os lugares.

Esta “situação social” (cf. p.127 deste estudo) poderá representar-se sob a forma de um espaço (a várias dimensões), construído na base de princípios de diferenciação ou de distribuição de propriedades que sejam apropriadas a conferir força ou poder a quem as detém.

Podemos descrevê-lo (campo social) "como campo de forças enquanto conjunto de relação de forças objectivas impostas às intenções dos agentes individuais ou mesmo às interacções directas entre os agentes" (Bourdieu, 1989, p.134).

A distribuição das relações ou das interacções, em cada momento e em cada “campo de forças”, como instrumentos de apropriação do produto objectivado do trabalho social acumulado, define o estado das relações de força – institucionalizadas em estatutos sociais (mais ou menos) duradouros, socialmente reconhecido ou juridicamente garantidos, embora agentes objectivamente definidos pela sua posição nestas relações (Bourdieu, p.135).

Quadro nº 9 - O "espaço físico" e o "espaço social" na investigação

ESPAÇO FÍSICO *	ESPAÇO SOCIAL *
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermarias • Gabinete de Enfermagem • Posto de Atendimento • Sala de Trabalho • Corredor • Sala dos Médicos • Sala de Reuniões • Bar • Refeitório 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos de organização dos cuidados (do trabalho) • Participação dos doentes nos cuidados • As relações de trabalho na unidade de internamento • Tipologia dos doentes
<p>* Locais onde ocorrem as diferentes actividades inerentes ao processo de cuidados, na unidade de internamento.</p>	<p>* "espaço" / campo das relações sociais, indiferente dos locais onde ocorrem.</p>

Identificados que estavam os “espaços”, interessava-nos definir os tipos de observação que iríamos desenvolver e que de acordo com Spradley (1987, p.33) são:

- Observações descritivas, tentando obter uma perspectiva (global) do que se passa em dada situação social.
- Observação focalizada, após a análise dos dados decorrentes do tipo anterior, a observação começa a ter como foco determinadas situações e/ou acontecimentos.
- Observação selectiva, que é mais profunda e decorrente de observações repetitivas.

Mobilizando uma vez mais o “nosso conhecimento” das situações sociais gerais, procuramos desenvolver os três tipos de observação, sem termos seguido uma linha hierárquica e cronológica, relativamente às situações descritas e focalizada.

Este guião (em anexo 4) utilizámo-lo essencialmente para operacionalizar a observação na perspectiva da situação social, quando pretendíamos desenvolver observação selectiva, visto que desta forma mobilizávamos adequadamente o nosso “etnocentrismo”, essencialmente na passagem do 2º para o 3º momento, conforme referimos anteriormente.

Observação Participante – o desenvolvimento

Após a elaboração das notas de campo, nas vertentes descritiva e metodológica conforme referenciadas por Burgess; Spradley e Bogdan e Biklen, planeámos o tratamento dos dados obtidos, por forma a partir para a análise dos mesmos.

Como observador participante, envolvemo-nos nas actividades inerentes à situação social em estudo, observando as actividades, pessoas e contexto físico onde a situação se desenvolve.

Através da consciência explícita (Spradley, p.55), fomos capazes de seleccionar o que nos interessava observar, não tendo sido fácil, sobretudo porque era necessário desenvolver momentos de “inatenção selectiva”.

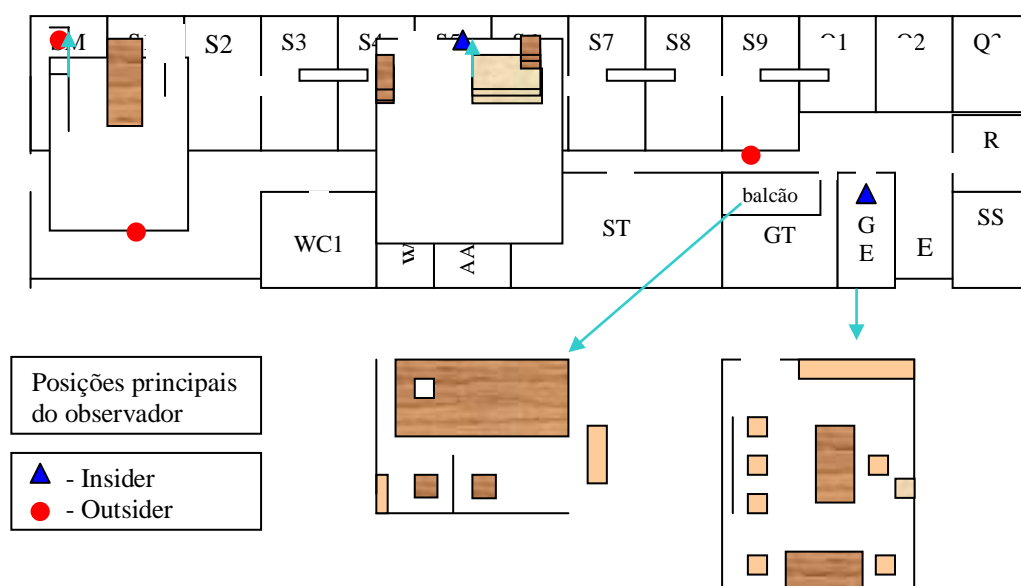
Fizémo-lo através de “lentes selectivas”, observando quem se aproximava do enfermeiro ou do doente, por forma a observarmos como se aproximavam e o que faziam.

Nesta perspectiva, consideramo-nos como “insiders”, pois a nossa experiência de participarmos na situação social (processo de cuidados), tinha o significado e a coerência de estarmos “dentro” da situação, sermos parte dela.

Outras vezes fomos “outsider”, permitindo-nos ver o “jogo” sem participarmos nele.

O esquema seguinte mostra o estatuto que nós atribuímos enquanto observadores – insider/outsider, nos espaços considerados para a investigação.

Figura 4 - Esquema dos locais de observação



LEGENDA:

- | | |
|--|--|
| SM - Sala dos médicos | E - Elevadores |
| ST - Sala de tratamentos | GE - Gabinete de enfermagem |
| AAM - Sala de auxiliares de acção médica | GT - Gabinete de trabalho |
| Balcão - Zona de atendimento de familiares dos doentes | H - Hall de entrada da unidade de internamento |
| - Zona de trabalho de secretária de unidade (no período de observação) | Q1; 2 e 3 - Quartos individuais |
| - Quadro de distribuição dos doentes | R - Rouparia |
| - Telefone | S1; 2 até 9 - Enfermarias com 3 camas cada |

Começamos por definir e identificar o local inicial de observação, mas em que através dos “espaços sociais” fomos identificando diversos locais do “espaço físico” seleccionado. Pensamos ter contribuído para isto, a 2ª dimensão de situação social – os actores – pois toda a situação social inclui pessoas que são considerados tipos particulares de actores, os quais tivemos sempre o cuidado de identificar não na perspectiva de distinguir estes vários tipos de actores, mas reconhecendo a necessidade de saber que aquelas pessoas que estão presentes, são actores porque estão em relação num qualquer tipo de actividade.

É esta a 3ª dimensão, na medida em que as observações repetidas, tornam-se a partir de determinado tempo facilitadores de compreensão do que outros actores que parecem distintos, começam a ser reconhecidos como padrão de actividade humana em determinado contexto. Foi através da “observação” selectiva, que identificámos as regularidades que nos conduziram à “cultura” do “processo de cuidados”.

De acordo com os autores referentes para esta metodologia e que temos vindo a citar (Burgess e Bodgan e Biklen; Costa) ao fazer observação participante o objectivo do investigador é observar os acontecimentos, causando a menor disrupção possível na situação social. Neste aspecto, manter a confiança nas relações estabelecidas é fundamental para o envolvimento do investigador na cena social. Impõem-se ao observador, o controle das diferenças entre si próprio e os seus informantes. O investigador tem, por conseguinte, de ser capaz de exercer controlo sobre as relações que estabelece com fins de investigação.

Na observação participante, procurámos utilizar-nos a nós próprios como “instrumento” de pesquisa, não procurando sermos “objectivos”, mas sim compreender situações novas e adquirir habilidades para seguir regras culturais, no contexto (Spradley, p.57).

Um dos instrumentos essenciais para conseguirmos operacionalizar esta estratégia, situou-se a nível das “notas de campo”. Isto porque procurámos fazer o registo detalhado das observações objectivas e subjectivas, olhando para nós próprios e para os outros em simultâneo e complementarmente.

As notas de campo como mediadoras da relação social

Um dos processos mais comuns de culturalizar a relação social é através da introdução de meios escritos de pesquisa, registo e recolha de informação.

No entanto estes meios só conseguem de facto mediar a relação social se eles forem coexistentes com os meios de interconhecimento atrás referidos. Se assim não for os procedimentos escritos tenderão, em vez de mediar, a cristalizar a relação social, ainda que, no processo de interacção de inquirição ou observação, possa verificar-se à vontade e disponibilidade do inquirido. Assim, entendemos o escrito não para substituir a relação interpessoal, mas antes para a complementar e especificar, permitindo ao investigador direccionar melhor a estratégia que é desenvolvida na interacção.

Como “notas de campo” consideramos de forma genérica os registos provenientes das entrevistas e da observação.

O registo escrito ao longo do trabalho de campo, segundo Jackson (1995), constitui-se como um instrumento de “mistura” e diálogo entre dois “mundos”, o do investigador e o do grupo, considerado pelo mundo do primeiro.

Em relação ao “tomar notas” evitámos fazê-lo no momento e junto das pessoas, excepto quando os observados também o faziam. Nesta lógica e, quando os acontecimentos observados mereciam um registo imediato pela sua riqueza, mas não na presença dos observados, fazíamos uma saída estratégica para um local discreto onde registávamos os aspectos considerados chave. Este tipo de registos a que Spradley (p.69) designa de "condensado", constituiu-se de frases chaves de acontecimentos importantes e que à posteriori permitiu fazer o “registo expandido”, onde as palavras ou frases-chave serviram para expandir o registo, respeitando no entanto os três princípios apontados por Spradley (p.65):

- Princípio da identificação da linguagem
- Princípio do verbalismo
- Princípio do concreto.

Achámos essencial registar notas de forma sistemática, sendo estas numa fase inicial, essencialmente descritivas com o objectivo de proporcionar um retrato detalhado das várias situações em que nos envolvíamos. De acordo com Bogdan e Biklen, incluíam descrições físicas, descrições de situação e de informante, detalhes de conversação e relatos de acontecimentos. A descrição dos diálogos, fizémo-la sempre nas palavras dos próprios sujeitos, na maioria das situações por se tratar de enfermeiros, médicos e/ou auxiliares de acção médica, a linguagem utilizada era igual à nossa.

Exemplo:

"Após a passagem de turno assistiu-se a um momento de interacção enfermeiro/auxiliar de acção médica, com o seguinte diálogo:

AAM - Sr^a Enfermeira vou dar o banho à senhora H, no chuveiro.

Enf^a - Não, talvez seja melhor ir para outro doente, porque eu tenho que fazer clisteres a esse doente, como preparação para exame.

AAM - Pronto, eu só tinha pensado começar por ela, porque está suja de fezes

Enf^a - Sim, estaria adequado se eu não tivesse que lhe fazer mais clisteres".

À medida que fomos fazendo as notas de campo, após o período de observação (registo expandido), procurámos codificá-las de acordo com os temas desenvolvidos. Estas palavras-código foram sendo colocadas nas margens das notas de campo, por forma a

que todas as notas relacionadas com um tópico particular possam ser facilmente encontradas, aquando do tratamento e análise, em continuidade e complementaridade metodológica com o tratamento dos dados construídos pelas entrevistas.

Para além das notas que descrevemos até aqui, atribuímos uma grande importância à reflexão individual sobre a nossa actividade no terreno. Procurámos assim abordar alguns problemas, impressões, sentimentos e intuição, bem como alguns dos processos e procedimentos associados à pesquisa do terreno, num contexto particular (Bogdan e Biklen).

Exemplo:

"Um dos aspectos que se constituíram como mais problemáticos no dia-a-dia da observação situou-se no facto de sentir uma abertura e «adopção», diria mesmo, por parte de enfermeiros e auxiliares de acção médica, sendo que em relação a alguns dos médicos nos levantavam dificuldades de observação, como sejam as observações realizadas na «sala dos médicos»".

Consideramos essencial este tipo de notas, para compreendermos e reflectirmos sobre as implicações que o nosso papel tinha sobre a recolha de dados e o desenvolvimento subsequente do trabalho. Estas notas permitiram-nos ser reflexivos e comprometermo-nos na auto-análise durante o processo de pesquisa. Este tipo de registos evidenciam a dialéctica que fomos constituindo entre os “factos” e a “teoria”, através do processo de interacção, pois as “observações” e as “conversas” sugeriam dúvidas, questionamentos, face ao anteriormente mobilizado no plano teórico, que conduziram a leituras específicas, a reinterpretção dos factos iniciais e a novas pressuposições teóricas.

As notas de campo foram regularmente escritas, após cada período de observação que durou entre 3 a 5 horas, no período das 8-16 h. Afim de podermos categorizar cuidadosamente as notas, redigimo-las em folhas, com margens largas, de modo a podermos inscrever as categorias provisórias, no decurso da redacção e que outras pudessem ser inseridas mais tarde.

5 - TRATAMENTO DOS DADOS

Da diversidade de técnicas e procedimentos para a colheita de dados, resulta a utilização de técnicas multiformes para a análise e interpretação dos resultados.

Neste capítulo iremos definir e caracterizar os procedimentos, que permitiram a “discussão” dos resultados de forma global e considerando-nos numa posição de abertura, procuramos manter a maior proximidade possível aos contextos em que os dados foram produzidos.

Após a transcrição integral dos registos magnéticos, fixou-se que o volume de informação recolhido se constituía no “corpus” organizado num banco de dados constituído por:

- 9 cassettes audio, com entrevistas a 4 enfermeiros; 2 médicos e 3 auxiliares de acção médica, com a duração média de 25 minutos.

- Arquivo de 9 entrevistas transcritas, dactilografadas, com cerca de 80 folhas A4.
- Arquivo de cerca de 90 folhas A4, provenientes do “registo expandido da observação”.

Reunido este material iniciámos os procedimentos para descrever e interpretar o seu conteúdo.

Colocámo-nos algumas questões, pois encontramos-nos confrontados com um “corpus” constituído pelo verbalismo de um certo número de actores diferenciados, a quem tinham sido colocadas questões idênticas, através da mesma técnica.

Submetemos as entrevistas transcritas a várias operações que mobilizaram diferentes procedimentos analíticos, pelo recurso à análise de conteúdo temático, segundo Bardin (1979); Ghiglione e Matallon (1993) e Burnard (1991).

Procuramos fazê-lo com o cunho pessoal enquanto investigador social e definimos os cinco passos seguintes:

- 1º Leitura flutuante para contactar com o sentido dos discursos de cada “actor” individualmente.
- 2º Identificação das frases consideradas significativas, partindo da reflexão produzida por cada actor, a partir das questões colocadas.
- 3º Descontextualização das frases significativas de cada discurso, com identificação de temas emergentes.**
- 4º Recontextualização das frases significativas por temas, independentemente dos actores que as proferiram, essencialmente para obtermos um texto, que mais facilmente nos permitisse comparar os diferentes discursos.
- 5º Análise temática, para identificação dos temas emergentes que vieram a constituir-se como “espaço social” da produção de cuidados numa unidade de internamento.

** Para Burnard (1991) esta atitude é importante porque permite registar aspectos que chamam a atenção do investigador, durante a fase inicial da análise.

Procurámos que a grelha de análise temática, relevasse os seguintes critérios: permita analisar o texto em toda a sua extensão e seja fiel ao sentido do mesmo (Ghiglione e Matallon, 1993).

Definimos unidades de registo, como sendo as frases significativas encontradas no texto (Vala, 1990), correspondendo a uma regra de recorte (do sentido e não da forma) que

não é fornecida, visto que o recorte depende do nível de análise e não de manifestações formais reguladas (Bardin, 1979).

Relativamente à unidade de contexto, como o segmento mais largo do conteúdo que o analista examina quando caracteriza uma unidade de registo (Vala, 1986), servindo de compreensão para codificar, optámos pelas respostas, enquanto contexto com estas características.

Procurámos estabelecer um quadro analítico onde propomos uma relação entre as áreas temáticas emergentes das entrevistas e as unidades de contexto com sentido em cada uma das referidas áreas temáticas (quadro nº 10).

Quadro nº 10 - Unidades de contexto por área temática

PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	RELAÇÕES DE TRABALHO NA UNIDADE DE INTERNAMENTO	PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS	TIPOLOGIA DOS DOENTES
Campo de acção dos diversos actores	A cooperação dos diferentes actores no processo de cuidados As estratégias e o exercício das autonomias	O doente na dinâmica social do processo de cuidados	O paradigma médico na construção social do doente
Modos de organizar o trabalho		A família na dinâmica social do processo de cuidados	O paradigma humanista na construção social do doente
Missão da organização			

Nos estudos qualitativos, trabalhando habitualmente sobre corpus reduzidos, o contexto da mensagem é tanto ou mais relevante na medida em que se considerar o facto de lidarmos com ocorrências fracas ou mesmo elementos isolados, sendo fundamental a sua contextualização para compreensão exacta do sentido e redução do risco de vieses.

A categorização é igualmente uma operação de classificação de elementos construtivos de um conjunto, mas diferenciados (Bardin, 1979), sendo que a sua utilização pode melhorar a validade científica desta técnica, ao torná-la mais objectiva e sistemática (Polit e Hungler, 1985).

Para Bardin (1979) “o sistema de categorias deve reflectir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens”. Tendo por base estes pressupostos metodológicos, elaboramos um plano de categorias de onde releva a nossa problemática teórica e as características coerentes dos materiais em análise, que exemplificamos no quadro nº 11, pela relação entre as categorias e as unidades de análise consideradas neste estudo e que nos permitiu tratar todo o “corpus” de investigação, correspondendo A1 – Enfermeira; B1 – Médico e C1 – Auxiliar de Acção Médica.

Quadro nº 11 - Unidades de análise e categorias

Entrevistas	UNIDADES DE CONTEXTO	UNIDADES DE REGISTO	CATEGORIAS
A1	Campo de acção dos diversos actores	(...) há quem tem (avaliação de) sinais vitais de 4/4 h (...); a medicação também é a mesma coisa, e tenho que começar por esses (...)	Interdependência
		(...) algumas situações (...) ou alguns sintomas que eu acho importantes, (...) explico-lhe o que se passa, e espero dele também colaboração ... (do doente)	Autonomia
		"E mesmo nós a trabalhar com o processo de enfermagem, o doente é o centro e é tudo virado para o doente"	Autonomia
		"(...) fazemos a pergunta: se é o doente o centro, porque é que perdemos tanto tempo com os registos?!"	
		"(...) depois ficam os tratamentos (...) perco duas horas nos registos, enquanto posso estar essas horas com os utentes".	Interdependência
		"(...) Apesar de serem importantes (...) mas roubam um bocado e parecendo que não, nas horas das visitas, é na hora em que é necessário fazer os registos e não podemos estar a apoiar a família".	Autonomia
B1		"O nosso comportamento (...) passa por observar primeiro ocorrências do dia anterior através da ficha de enfermagem: os mapas de temperatura, os sinais vitais (...)	Interdependência
		"Depois observamos o doente, falamos com o doente e vimos se vamos alterar a medicação ou não; se pedimos exames (...)	Autonomia
C1		"... Eu acho que é praticamente sempre da mesma forma (...) se posso fazer ou não posso, quando já tenho informação sobre isso, eu faço, não peço informação porque já sei o que tenho para fazer"	Interdependência

		"... Se é uma situação nova, coisas que eu nunca vi ou fiz, que não sei, ou mesmo doentes novos que não tenho a informação sobre eles, vou perguntar primeiro aos enfermeiros, porque eles (...) estão com os doentes durante o turno, qual é a atitude em relação àquele doente".	Dependência
--	--	--	-------------

De acordo com Vala (1986), o quadro teórico do investigador orienta o trabalho exploratório sobre o “corpus”, podendo contribuir para a reformulação ou alargamento das hipóteses e das problemáticas a estudar.

Relativamente à observação participante, de que resultou parte do “corpus” da investigação (notas de campo), seguiu-se um procedimento idêntico, pois mobilizámos a “matriz” atrás apresentada para codificar o texto produzido, tendo emergido 11 dimensões que se constituem em complementaridade os “focos” de análise em que se alicerça a parte C desta investigação.

Quadro nº 12 - Dimensões emergentes da observação participante

DIMENSÕES
Interacção dos diversos actores no processo de cuidados.
Cooperação médico/enfermeiro/auxiliares de acção médica no processo de cuidados.
Modos de organizar o trabalho dos enfermeiros, no processo de cuidados.
Modos de organizar o trabalho médico.
Formas de expressão da autonomia dos enfermeiros.
Modos de organizar o trabalho das auxiliares de acção médica.
Características da interdependência dos diferentes actores no processo de cuidados.
Formas de participação dos doentes no processo de cuidados.
Modelos de cuidar dos doentes.
Negociação no processo dos cuidados.
Os tipos de doentes construídos pelo processo de cuidados.

6 – ANÁLISE INTELIGÍVEL DOS DADOS

No esquema analítico que propomos, surgem as modalidades que correspondem à mediação da interacção e da estrutura no “processo social” de reprodução, no que concerne ao processo de cuidados.

Na perspectiva de interacção, a comunicação de significado envolve o uso de esquemas interpretativos através dos quais é fornecido significado pelo qual os “participantes” atribuem sentido àquilo que cada um diz e faz.

Podemos dizer que “após” os princípios orientadores e “antes” das elaborações conceptuais, existe um nível específico da construção do conhecimento.

É aquilo a que Berthelot (p.20) designa por “esquemas de inteligibilidade”. São transdisciplinares, não sendo exclusivos do conhecimento do social, mas com manifestação noutros domínios.

O importante é conseguirmos captá-los na acção, no discurso do conhecimento da sociologia. Para Berthelot (p.20) um “esquema de inteligibilidade” (esquema explicativo) é uma matriz de operações que permite inscrever um conjunto de factos num sistema de inteligibilidade, isto é, explicar-lhe o motivo ou fornecer uma explicação para o mesmo, no sentido não restritivo.

Ainda para este autor, um esquema com estas características gera uma forma de inteligibilidade que alicerçada em determinado modelo de análise de um determinado domínio, se pode designar por “paradigma analítico”.

Neste sentido, procurámos na transdisciplinaridade desenhar um modelo com estas características. A transdisciplinaridade situa-se essencialmente no âmbito da enfermagem e da sociologia, como áreas do conhecimento que nos permitem reflectir o nosso objecto de estudo.

De acordo com a perspectiva apresentada na figura 2 e explicitada nas páginas seguintes, não pretendemos decompor uma realidade, de a fragmentar em problemas “pequenos” e em grande número, no sentido de redução para a inteligibilidade.

Trata-se antes, de descobrir o modo de integração que a torna num fenómeno global particular.

Neste sentido apoiamo-nos num certo número de postulados teóricos que procuram validar os factos. Na nossa perspectiva a teoria é essencialmente a fundamentação do método, através da qual pretendemos fazer uma boa análise.

Para além do monismo e do dualismo, Berthelot (p.8), aponta outra argumentação que consiste em partirmos do conhecimento prático e tentarmos abranger, mediante a análise, os constituintes intelectuais do objecto que ele promove. Embora um conhecimento seja uma afirmação acerca de uma situação real, ele apenas existe integrado num conhecimento que se apresenta como discurso, pelo que procurámos apoiar-nos nesta perspectiva.

Aqui torna-se essencial compreender a dimensão inerente ao sentido partilhado por indivíduos em interacção, bastando para o efeito conhecerem-se os elementos da situação e analisar a lógica segundo a qual os actores lhe conferem sentido.

Para Weber, referido em Berthelot (p.31), “o sentido é um sistema colectivo de normas e de representações, ou modo de racionalidade da acção dos indivíduos. Inversamente, aquilo que em último lugar ressalta da explicação é claro: ele mobiliza um esquema específico, o da acção”.

Assumimos a análise das situações “singulares” e não globais, no que respeita à situação social e das lógicas da acção ao invés das regularidades causais, numa perspectiva do estudo do particular.

A fim de optarmos por um esquema de inteligibilidade que se adapte à nossa investigação, importa fazermos referência aos princípios de uma tipologia nesta área, conforme referido por Berthelot (p.64).

Este autor aponta-nos três tipos de pressupostos:

1. “Disciplinares – na perspectiva da etno-metodologia quando se sente a necessidade de uma auto-descriminação que não se refira ao objecto, nem a uma teoria, nem a um método especial, mas que designe preferencialmente uma abordagem, uma tentativa geral, estamos em presença de uma expressão determinada do nível que temos em vista: individualismo metodológico, análise do sistema, interaccionismo simbólico, accionismo.

2. Lógicos – os esquemas de inteligibilidade devem poder reduzir-se a um número bastante restrito. Para que isso aconteça, é necessário um instrumento lógico capaz de distinguir aquilo que é diferente e de congregar aquilo que se encontra próximo, mesmo que as afinidades assim reveladas choquem com convicções teóricas ou metodológicas bem enraizadas.

Este aspecto consubstancia a nossa preocupação desde o início em desenvolvermos uma formalização ligeira tanto da teoria como da metodologia.

3. Analíticos – Na perspectiva analítica assim esboçada, é necessário um princípio directamente, no mesmo esquema, dos vários processos que as obras de metodologia apreciam, sob pena de os vermos autonomizarem-se noutras tantas abordagens específicas e contradizerem o princípio de economia. (...)

Um esquema de inteligibilidade pode decompor-se em três elementos (p.66):

- a) Um ponto de partida lógico, isto é, uma fórmula que se constitui como inteligência, sentido, razão e explicação de múltiplas relações empíricas.
- b) Uma forma lógica, ou seja, uma relação de inteligibilidade fundamental, que se difunde através de todos os elementos que se lhe apresentam.
- c) Um programa, isto é uma aplicação da forma lógica por meio de processos e técnicas especiais”.

Os programas, referem-se àquilo que entendemos por abordagens, pontos de vista, métodos, formas de análise, até mesmo de paradigmas.

O fenómeno que pretendemos estudar, é pensado como sendo a resultante do comportamento dos actores implicados. Estes estão integrados num campo ou numa situação, num contexto que por vezes também classificamos de sistema de acção, de acordo com Crozier e Friedberg.

Este esquema “actancial”, surge nas ciências sociais e implica efectivamente o reconhecimento da intencionalidade da acção, a sua irreducibilidade para uma determinação causal: o conceito de estratégia em política, implica uma sujeição da acção para os fins visados. Nesta perspectiva, o actor em ciências sociais, é um conceito construído a partir do conceito de acção, já que não existe acção sem homens. A acção, valorizando a intencionalidade dos actores, aplica-se, tanto a entidades colectivas, e organizações, como a indivíduos.

O espaço social onde se realiza uma determinada acção, pode ser designado por "campo social" podendo ser apreendido de diferentes maneiras. Fundamentalmente, poderá ser tomado como "sistema", dentro do qual os actores ocupam posições particulares e mantêm relações determinadas, ou como "situações", ou seja como realização da acção e numa lógica de uma configuração singular de actores singulares (Berthelot, p.83).

Exemplificando, o processo de cuidados constitui um sistema de acção em que o lugar de cada um dos actores é definido com "alguma" precisão. Entrar-se no gabinete de enfermagem, onde se encontra um grupo de enfermeiras a "fazer registos", define uma situação singular. Estes dois conceitos não designam aqui, nem realidades distintas, nem operações lógicas fundamentalmente diferentes.

Podemos aqui considerar dois programas no mesmo esquema, em que analisamos as acções em situação, para podermos analisar o sistema. Inversamente, uma vez num, outra vez noutro, é evidente que as perspectivas de investigação diferem: a aplicação do sistema convida a que se descubram as estruturas dentro das quais decorre a acção, as implicações que elas encobrem e os recursos de que podem dispor; a estrutura de situação tende, de preferência, a privilegiar as significações que os actores lhes irão conceder e de que eles se irão sentir investidos. Foi o que pretendemos fazer através da compreensão da "estrutura" na forma como a conceptualizámos em Giddens.

Podemos no primeiro caso e na sequência de Raymond Boudon, proceder a uma segunda distinção, segundo a natureza do sistema em questão. Os diferentes actores do "processo de cuidados" constituem um "sistema de interdependência", a partir das "necessidades" manifestas nos doentes internados e cuja forma de operacionalização consiste na "independência" de cada qual para cada um e na "dependência" de todos para com todos: no que concerne à distribuição das acções de trabalho ao longo do turno, apontando aqui para o outro vértice do triângulo de Freidson - A Autonomia.

Este fenómeno resulta na agregação de um determinado número de actos individuais (as acções autónomas e interdependentes) e tem como resultado o "processo de cuidados" que por sua vez implica uma acção sobre o sistema em questão: um bloqueio de imediato, uma modificação em consequência do comportamento de certos actores, pode provocar aquilo que se designa por efeito perverso (Raymond Boudon), e que na nossa investigação parece estar relacionado com a alteração da "situação" do doente.

Unidos ou não por funções, os actores podem entender-se em relações de interacção imediata: o efeito do comportamento de um deles sobre o outro, não é, neste caso mediatizado pela sua resultante, mas torna-se para ambos um problema a resolver.

A vida social confronta-nos com situações cujo sentido é por nós parcialmente construído, e onde as nossas acções se definem pela antecipação e pela interpretação daquilo que fazem ou pensam os que estão perante nós.

A situação é assim uma construção com base nos actores, actividades e local onde é desenvolvida e onde adquire sentido e acontece por meio dos processos de que os actores se servem para a pensarem e controlarem, (Autonomia).

A abordagem pode assim insistir nos actores e nos significados que eles atribuem à situação, o que fizemos através da etno metodologia.

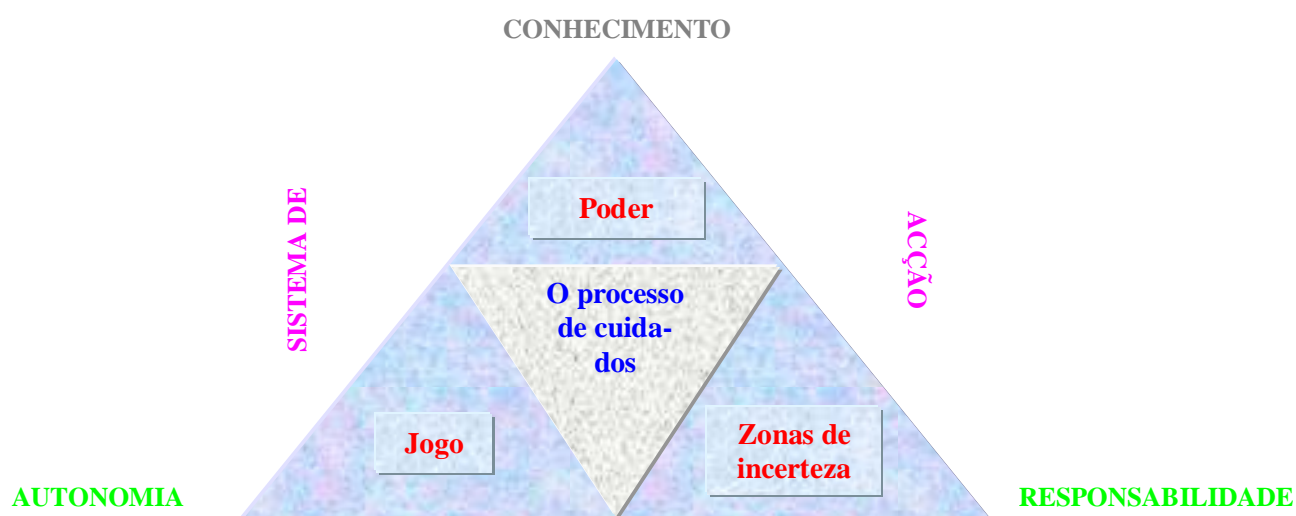
Em cada um destes programas fundamentais, chegamos ao indivíduo, facto que explica bem que a forma de inteligibilidade possa por vezes designar-se por "individualismo metodológico", na perspectiva de identificarmos a singularidade das situações. Esse indivíduo para ser classificado de actor é reportado à acção. É sujeito de acção, o que significa que é livre.

Ainda inserido em sistemas (de agregação, de função, de interacção), o indivíduo é concebido ali como dispendo de uma margem de manobra, de um espaço que lhe permite elaborar tácticas e estratégias, isto é, comportamentos referenciáveis a finalidades, (Autonomia).

Isto, no entanto, limita-se ao postulado de não redutibilidade do actor às leis do sistema.

Na lógica que temos vindo a utilizar, assumimos em seguida aquilo que consideramos o esquema de inteligibilidade, caracterizado pela transdisciplinaridade entre a enfermagem e a sociologia no que concerne ao processo de cuidados como constructo social, e que pretendemos ter ilustrado esquematicamente nas figuras 2 e 5.

Figura 5 – Sistema de acção concreto - Esquema de análise



CONCRETO

A transdisciplinaridade proposta neste esquema inteligível, parece-nos ser consubstanciada nos saberes desenvolvidos em situação - processo de cuidados, constituindo-se este num sistema de acção concreto onde o poder sobre o controlo do próprio trabalho parece ser importante para permitir o controlo de determinadas dimensões do trabalho.

Isto possibilita aos profissionais deter posição e controlar o acesso aos domínios de interpretação, julgamento e solução de problemas que os clientes pretendem ver resolvidos. Assumimos no núcleo teórico a importância do jogo enquanto dimensão importante deste sistema de acção, na medida em que for mobilizado pelos profissionais na gestão das zonas de incerteza.

Nesta lógica, os enfermeiros ao mobilizarem um conhecimento em que são peritos (enfermagem) constituem-se nos profissionais credenciados, por possuírem a qualificação específica (Mintzberg) que lhes permite controlar o processo de trabalho, no âmbito da sua autonomia. Entendemos que nesta lógica a autonomia cria uma esfera de actividade na qual o actor individual e não a hierarquia organizada, é soberano e a qualificação de expert em áreas particulares de actividade, permite-lhe controlar importantes informações, o que faz alargar o âmbito do seu poder profissional, (Rodrigues, 1997, p.51), como o conceptualizámos no núcleo teórico assumido.

Na perspectiva teórica de Burocracia Profissional de Mintzberg, o actor que possui qualificações específicas, é competente para controlar o processo de trabalho, de onde decorre, quanto a nós, a responsabilidade inerente às dimensões anteriormente referidas: Autonomia e Conhecimento e que na nossa investigação incorporam o nosso esquema de análise proposto na figura 5.

PARTE C - O PROCESSO DE CUIDADOS COMO CONSTRUCTO SOCIAL

1 - A FORMAÇÃO E O TRABALHO: UMA RELAÇÃO DIALÉCTICA ?

Neste momento do trabalho importa (re)equacionar a questão do «etnocentrismo» e os perigos do mesmo, considerando que o termo foi introduzido (já no nosso século) e tem servido para designar duas atitudes intimamente relacionadas:

- a sobrevalorização do grupo e da cultura local, regional, nacional ou transnacional, a que pertencem os sujeitos, e
- a correlativa depreciação das culturas e das organizações sociais diferentes; a universalização dos valores próprios do grupo e da cultura de pertença, assumindo que esses valores constituem as normas de referência para a avaliação de estruturas e práticas sociais diversas. (Silva, 1986, p.45)

Nas condições em que se realizou a pesquisa, o perigo de uma atitude etnocêntrica, em maior ou menor grau, esteve sempre presente. A necessidade de a evitar (relativa e parcialmente) recomendou uma postura que garantisse a tentativa permanente de não analisar uma dada lógica, a partir de outra lógica diferente, cujo efeito produziria enviesamentos que, em última análise, conduziriam à própria (in)compreensão do fenómeno em estudo.

Estamos, contudo, certos de que esta é uma operação que tem os seus limites próprios, no sentido em que a tradução dos códigos e dos critérios de interpretação de realidades que exigem uma postura de relativismo cultural tem, como diz Rowland (1987, p.28) um “carácter paradoxal”, além de que a “compreensão” do que se observa não é desprovida de valores sociais pré-existent na mente do investigador; dito de outra forma, a ciência incorpora ideologia, não existindo, a um determinado nível de elaboração, objectividade absoluta.

Procurámos conseguir a maior objectividade possível na análise da realidade social, não considerando a produção do conhecimento sociológico como socialmente neutra, mas evitando distorções deliberadas resultantes de interesses ou convicções e explicitando os pressupostos presentes nessa análise (Associação Portuguesa de Sociologia, 1992,p.5).

De acordo com o objecto de estudo, os objectivos do mesmo e as questões de investigação que nortearam este processo de investigação, iremos nesta Parte C, interpretar os dados produzidos através do carácter multiforme dos procedimentos utilizados.

Organizámos o texto em quatro grandes áreas temáticas, das quais emergem “ramos” provenientes da análise efectuada ao «corpus» numa interrelação constante com a produção de “teoria”.

Para cada um dos temas fizémos emergir dimensões e destas, categorias, que nos permitiram trabalhar os dados ¹ mais adequadamente. Esta relação apresenta-se no quadro seguinte.

¹ A análise dos dados impõe uma sistematização teórica com o enquadramento assumido nas partes A e B, que se identifica com o nome do autor ou autores, seguido de confronto (**cf**) e **p.** que se refere à página deste trabalho.

Sempre que existir necessidade de apoiar a análise de dados em autores ou fontes que não foram mobilizados anteriormente, segue-se a norma.

Quadro nº 13 - Relação entre as dimensões e categorias por área temática

TEMA	DIMENSÕES	CATEGORIAS
PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	Os campos de acção dos diversos actores	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia • Interdependência • Dependência
	Os modos de organizar o trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Normatividade • Rotina • Contextual
	A missão da Organização	<ul style="list-style-type: none"> • Modelos de cuidar • Identidade sócio-profissional • Socialização
INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO	A cooperação entre os diversos actores no processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Interacção/ Delegação • Colaboração/ Conflito • Hierarquia / Autoridade
	As estratégias para o exercício das autonomias	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão do trabalho / Poder • A negociação • O Jogo / estratégia
PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS	O doente na dinâmica social do processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Papel do doente • Singularidade • Participação nas decisões
	A família na dinâmica social do processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Papel da família • Participação nas decisões
TIPOLOGIA DOS DOENTES	O paradigma biomédico na construção social do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Doente mais grave • Doente menos grave • Doente em estudo
	O paradigma humanista na construção social do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Doente dependente de cuidados • Doente com supervisão de cuidados • Doente com ajuda nos cuidados

A organização dos dados nesta lógica, possibilitou-nos encontrar a qualidade discursiva dos dados produzidos, que se traduz nas dimensões que passaremos entretanto a explicitar.

Esta investigação começou a desenvolver-se há alguns anos atrás, a partir do pressuposto de que o contexto da investigação ia para além da contextualização pura e simples do

hospital enquanto local de prestação de cuidados, e passar a olhar para o hospital, para além desta grande finalidade, também para o seu papel formativo.

O papel formativo do hospital, no sentido em que é uma organização social complexa onde se criam e desenvolvem relações sociais complexas, neste caso entre diferentes actores que constroem aquilo que designamos por “processo de cuidados” e que ao desenvolver este “processo” o podem fazer sob determinadas condições e através de formas diversas de organização do trabalho, considerando-se estas formativas.

Há no entanto, que distinguir entre a situação de trabalho que modifica o “actor”, individual ou de grupo, por repetição ou impregnação, e a situação de trabalho em que o “actor” tem intenção de se empenhar no processo de formação (aprendizagem), a partir da situação de trabalho, interpelando-o e mesmo (re)conceptualizando-o. (Correia, cf. p.27).

A intencionalidade e o sentido que a interacção tem para os actores são factores a ter em conta, não obstante, portanto, o potencial formativo da situação de trabalho (A.Pain, 1990).

A performance de um sistema de formação depende cada vez mais da qualidade da organização e das interacções de nível comunicacional, do que da rapidez das operações elementares, realçando-se a necessidade das intervenções formativas se caracterizarem pelo estabelecimento de relações densas e diversificadas nos contextos de trabalho e já não exclusivamente com competências cognitivas dos seus destinatários individuais (Correia, 1997, p28).

Parece-nos, por isso, pertinente e necessário proporcionar ao estudante de enfermagem um confronto, uma interacção permanente entre o que aprendeu no ensino teórico e o que o enfermeiro da prestação de cuidados sabe, bem como a forma como adequa esse conhecimento à sua prática quotidiana (enfermagem real).

Os agentes de trabalho não constituem por si só, o referente exclusivo ou mesmo privilegiado de uma formação centrada no contexto de trabalho, devendo prestar-se uma atenção particular ao sistema social em que se inscrevem esses agentes. Esta interacção entre as duas realidades parece-nos ser potenciadora de uma mais adequada e efectiva ligação em que o estudante sistematiza e estrutura os conhecimentos teóricos, na prática quotidiana, que na nossa investigação designamos por sistema de acção concreto.

Nesta lógica, torna-se importante compreender, através do “processo de cuidados” como é mobilizada a aprendizagem das competências por parte dos estudantes, bem como são

mobilizados os diferentes “saberes”, reconhecendo a realidade da estrutura de acção como algo muito forte, na forma como os actores (profissionais ou não) se situem neste sistema).

Marsick (1991), refere-se à aprendizagem nas situações de trabalho, apresentando a sua visão da seguinte forma:

1. “a aprendizagem não é prescritiva, isto é, a instrumentalidade não é a sua única finalidade;
2. o modelo organizacional funciona como um sistema de aprendizagem;
3. a aprendizagem tanto se faz por interacção como de forma individualizada;
4. o desenvolvimento pessoal e profissional fazem-se de forma integrada, relacionado com o sentido e a intencionalidade, a par da transformação identitária”.

Acreditamos que esta aprendizagem se liga à socialização no papel de quem cuida (cf. p.67), contribuindo para esta socialização, aprender a resolver problemas, essencialmente aqueles relacionados com o campo de acção, conferindo ao saber experiencial um carácter local, mas interdependente de outras aprendizagens, que se desenvolvem nas situações de trabalho e se relacionam também com a divisão do trabalho, conforme veremos no capítulo seguinte.

Para Martin (cf. p.68) o saber profissional em enfermagem não existe por criação exclusiva, espontânea, «pura» e de forma descontextualizada, mas constrói-se, sugerindo para a compreensão o esquema de Kolb (cf. p.68).

Dubar (1991) sugere uma classificação para os diferentes tipos de saberes, na lógica que encontramos nesta investigação:

1. “Saberes práticos - directamente ligados à lógica instrumental do trabalho (ter) e não relacionados com saberes teóricos. Estruturantes de uma identidade ameaçada de exclusão;
2. Saberes profissionais - implicam a articulação de saberes práticos e de saberes técnicos (fazer). Estruturam uma identidade de emprego, associada a uma lógica de qualificação do trabalho;
3. Saberes organizacionais - estruturam uma identidade de «empresa», em que se acentua a responsabilidade (ser) a par da mobilização e reconhecimento entre saberes práticos e teóricos. São muito dependentes das estratégias da organização. Esta identidade é valorizada pelo modelo de competência;
4. Saberes teóricos - estruturantes de uma identidade marcada pela instabilidade e pela autonomia (saber)”.

Nos capítulos seguintes iremos interpretar os resultados, de acordo com esta organização.

2 - PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O “processo de cuidados” decorre num determinado “espaço físico”, onde se produzem relações sociais que originam « espaços sociais» diversos conforme caracterizámos anteriormente (cf. p.147). A organização do trabalho tem um papel preponderante em todo este “processo”, na perspectiva preconizada por Mintzberg (cf. p.104-105); Crozier e Friedberg e Hosking (cf. p.95-96).

Considerando um grande número de factores inerentes a este mesmo processo de cuidados, isolamos três dimensões dos *Processos de organização do trabalho - os campos de acção dos diversos actores; os modos de organizar o trabalho e a missão da organização*.

Quadro nº 14 - Relação entre as dimensões e categorias, no tema: PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.

DIMENSÕES	CATEGORIAS
Os campos de acção dos diversos actores	<ul style="list-style-type: none">• Autonomia• Interdependência• Dependência
Os modos de organizar o trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Normatividade• Rotina• Contextual
A missão da organização	<ul style="list-style-type: none">• Modelos de cuidar• Identidade socio-profissional• Socialização

Passamos em seguida a caracterizar cada uma das dimensões.

Os campos de acção dos diversos actores

Dos dados produzidos pela observação, aqui observação no sentido de «olhar» para a realidade e questionar essa mesma realidade e procurarmos compreendê-la, podemos identificar três categorias que caracterizam esse mesmo campo de acção dos diversos actores.

Uma das categorias é a *Autonomia*, em que as frases significativas nos apontam para uma forma de estar na produção desses mesmos cuidados, com capacidade para avaliar situações, planear a intervenção adequada a essas mesmas situações, e tomar as decisões adequadas, através da standardização das qualificações profissionais como elemento central do funcionamento organizacional (Mintzberg, cf. p. 105-106).

De acordo com Rodrigues (1997, p.51), Freidson ao analisar a questão do poder relacionado com a autonomia, considera-a relacionada com o «conhecimento» e com o «gate-keeping», constituindo os principais recursos ou fontes de poder profissional, o que é consonante com Kéroutac et al (cf. p.95).

Nesta perspectiva a «autonomia técnica» cria uma esfera de actividade na qual o trabalhador individual, e não a hierarquia organizada é soberano, e a situação de «expert» em áreas particulares de actividade permite-lhe muitas vezes controlar também importantes informações, o que faz alargar o âmbito do poder profissional (Rodrigues, cf. p.163).

Esta análise acontece através dos nossos actos e na nossa observação, essencialmente no que respeita aos enfermeiros e aos médicos, não se verificando manifestações de autonomia por parte das auxiliares de acção médica.

Como exemplos de frases, atribuindo-se-lhes o significado de “expressões” de Autonomia, temos:

“ Algumas manifestações ou alguns sintomas que eu acho importantes, (digo ao doente) o que se passa e espero dele colaboração...” (A1)

“...nós a trabalhar com o processo de enfermagem, o doente é o centro...e é tudo virado para o doente,,”(A1)

O que através da observação das práticas diárias é caracterizado essencialmente por aquilo que as enfermeiras justificam ser uma das suas principais actividades de autonomia.

“Avaliar as necessidades globais dos doentes”, querendo significar aspectos como: Colher dados para elaboração de história clínica de enfermagem; avaliar a reacção do doente ao levantar da cama; identificar as necessidades religiosas dos doentes internados; entre outras.

Outra actividade considerada como autónoma pelas enfermeiras, é: “Planear as acções de enfermagem necessárias”; atribuindo-lhes o significado de: Fazer os diagnósticos de enfermagem; prescrever as acções de enfermagem e readequá-las de acordo com as alterações (respostas humanas às acções de enfermagem), entre outras.

Como campo autónomo das enfermeiras, encontramos ainda: “Autonomia dos cuidados globais aos doentes por quem é responsável”, significando para as mesmas enfermeiras aspectos como: Prestar cuidados de higiene e conforto; alimentação; eliminação e outras necessidades humanas básicas; Delegar nas auxiliares, os cuidados que as mesmas podem desenvolver; Supervisionar estes mesmos cuidados (essencialmente em termos de respostas das pessoas a esses cuidados); Elaborar os registos de enfermagem (Planos de cuidados, notas de evolução e outros); Informar os familiares, por solicitação destes ou por iniciativa própria (alta clínica; óbito).

Por último, as enfermeiras atribuem um significado de autonomia, ao acto de “classificar os doentes” por graus de dependência, pois como veremos é através desta classificação (entre outros critérios) que se faz a distribuição do trabalho na unidade.

Por outro lado uma expressão também bastante clarificadora, nos parece, em relação a esta questão da autonomia, é :

“...o nosso comportamento quando chegamos, ...observamos o doente, conversamos com o doente, decidimos se vamos alterar a medicação ou não, ou se pedimos exames. Não é a doença... é o doente que leva a que se modifique a observação e o trabalho “ (B1)

Segundo o mesmo actor “...não há propriamente regras, não há normas rígidas, somos independentes de cada médico, sempre e em todos os serviços. A nossa organização é, com os outros colegas essencialmente na elaboração dos horários”. (B1)

O grupo profissional dos médicos, consubstancia a sua autonomia no que parecem ser manifestações ligadas à tomada de decisão baseada em critérios que definem e discutem entre si, como sejam: Critérios de internamento médico; critérios de pedidos de exames complementares de diagnóstico; critérios de prescrição terapêutica e de alta clínica. É com base nestes critérios que desenvolvem a observação sistemática dos doentes, após a qual tomam decisões (unilaterais) no âmbito do saber e do poder que consideram ser legítimo.

Estas decisões, muitas vezes vão para além dos aspectos que anteriormente vimos, mas situam-se também ao nível da necessidade do doente ser deslocado a outro hospital; se necessita ou não de acompanhamento por enfermeira.

Em relação aos médicos o campo de acção parece estar delimitado pelo grupo profissional, não havendo qualquer relação com aquilo que designámos por «missão da organização». A missão da organização, aqui, como desenvolvendo no processo e nas pessoas um determinado modelo de cuidados que tem que ver com uma identidade individual e colectiva, e que promove a formação/socialização, enquanto espaço de qualificação

(Deret e Parlier; Stall et al; Luz e Pires, cf. p.109). Esta identidade individual e colectiva confere a este grupo profissional prestígio e autoridade (Freidson, cf. p.121).

Parece poder interpretar-se destas referências, por exemplo em relação à socialização dos médicos que, é feita interpares, parecendo ser atribuída pouca importância à organização nessa mesma socialização, com consequente desvalorização das normas e valores inerentes (cf. p.110).

Já o mesmo parece não se passar relativamente aos enfermeiros, quando referem:

“Quando eu chego em determinado turno, a situação do doente é uma, e nós temos a passagem de turno que nos ajuda, logo nesse primeiro contacto. Há certas coisas que nós observamos e que nos leva a actuar em determinadas situações. Muitas vezes não se faz uma determinada acção àquela hora, porque o serviço não permite, vamos avaliar daí a uma hora ou mais tarde, ou organizamo-nos de outra forma.” (A3)

“...Eu acho que a rotina aqui existe, (...) também alteramos de acordo com o que o serviço nos apresenta.” (A3)

Ao passo que, os médicos em relação a esta questão, referem:

...em termos de organização, não! Cada um de nós organiza o seu horário, os membros da administração do hospital, eles não vêm cá abaixo. Isto organiza-se aqui entre nós.” (B2)

Sendo estes, aspectos que consubstanciam as perspectivas teóricas antes referidas, o que parece explicar o facto de não termos encontrado referência das auxiliares, atribuível a esta categoria, parecendo poder ligar-se com a relação entre a divisão do trabalho e o conhecimento (Boudon, 1987, p.85), na medida em que as mesmas não são consideradas profissionais (Freidson, cf. p.124), parecendo não haver consequências na medida em que não estão em condições de impor o seu ponto de vista aos outros actores profissionais.

No que respeita à categoria *Interdependência*,¹ no âmbito do campo de acção dos diversos actores, apoiamo-nos no postulado por Elias ao referir que a sociedade é encarada como o tecido plástico e em modificação das múltiplas dependências recíprocas que ligam os indivíduos uns aos outros, metaforizada pelo jogo do xadrez, (Corcuff, 1995, p32) e designada por configuração, sendo que o que diferencia essa configuração é a

¹ Relativamente aos enfermeiros, consideram-se interdependentes as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo com um, decorrente de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro – Regulamento do exercício profissional de enfermeiros).

amplitude e a complexidade das cadeias de relações recíprocas que associam os indivíduos, podendo estas não se limitarem àquelas de que os indivíduos têm experiência ou consciência.

Verifica-se também um fenómeno interessante, que é o facto de não haver praticamente referência por parte dos médicos, relativamente a esta categoria. Ao longo do estudo vamos compreender o significado deste facto, pois é um grupo profissional que considera “dominar” o campo da saúde, pelo conhecimento que lhe permite dar algumas respostas à organização medicocêntrica dos hospitais, parecendo não reconhecer a importância do jogo entre a dependência e a interdependência (Boudon, cf. p.161).

Se a consciência discursiva nos sugere esta apreciação, pela compreensão dos comportamentos observados, parece-nos ser atribuído um significado de interdependência, quando os médicos organizam o seu trabalho valorizando aspectos como: Solicitar colaboração médica especializada, numa perspectiva de relacionamento inter-pares. Quando “observa doentes por solicitação da enfermeira e retorna informação necessária à prestação de cuidados de qualidade aos doentes e ainda quando utiliza os registos de enfermagem como mediadores das decisões a tomar”.

Já em relação às enfermeiras é uma categoria que ocorre pela referência a:

“ Sempre que aparecem situações de urgência, como por exemplo colher sangue, isto terá sempre a ver com a solicitação por parte do médico relativamente à situação de um determinado doente...” (A1), altera segundo a enfermeira diz, as prioridades que se estabeleceram em termos de plano de trabalho. É que a acção desenvolvida por um dos actores, despoleta a acção ou conjunto de acções a desenvolver por outros actores (jogo de xadrez):

“... numa prescrição terapêutica, quando é aquela terapêutica de urgência, convém administrar logo (...) há que suspender de imediato o serviço que estamos a fazer, as acções que estamos a desenvolver, para podermos atender a essa medicação de urgência.” (A2)

Isto implica que haja uma reformulação de todo o plano. Importa compreender que esta alteração do plano de trabalho não deriva de uma dependência funcional ou hierárquica da enfermeira em relação ao médico, mas acontece porque a situação do doente assim o contextualiza (cf. p.81) e que importa dar visibilidade (Basto, cf. p.83), pois o controle é feito por quem executa (Mintzberg, cf. p.104-105). Por outro lado, as enfermeiras fazem depender esse mesmo campo de acção das funções interdependentes, quando nos dizem que a nível médico há muita falta “...porque há muitas funções dependentes em que eu não posso avançar...Então mesmo que o doente precise há coisas que eu não consigo resolver, e tem que ser o médico. E quando eu vejo que o doente está a piorar, isto é mais complicado.” (A3), parecendo encontrar-se aqui a ligação entre o papel técnico e o papel moral, podendo conduzir à descaracte-

rização dos cuidados de enfermagem (cf. p.89-90), não consistente com o preconizado por Kérouac et al (cf. p.140).

Em rela  o a esta categoria e no que respeita às enfermeiras parece existir a atribui  o de um significado similar entre a consciência discursiva e a consciência prática.

Como ilustra  o, “A prepara  o e administra  o de terapêutica”   uma actividade que assume uma grande importância na «ac  o» das enfermeiras, passando pela valoriza  o de aspectos, como: Verificar se existem altera  es terapêuticas; identificar e proceder às referidas altera  es terapêuticas; discussão com os médicos do tipo de prescri  o, no sentido de adequa  o ao doente em causa, conforme veremos em seguida.

Outro aspecto com significado nesta categoria  : Solicitar a observa  o médica de um doente, o que acontece sempre que pela avalia  o da situa  o do doente,   considerada a necessidade de interven  o interdisciplinar. Ter conhecimento da «alta clínica»   outro aspecto que merece reflexão neste âmbito, pelo facto de nos parecer que o que deve ser questionado não   a «alta clínica», mas sim o «processo de alta clínica». Isto porque, os critérios de alta clínica médica estão definidos e discutidos entre os médicos, e em nossa opinião   necessário discut  -los em parceria com as enfermeiras, nas dimensões em que existe a interven  o aut  noma da enfermagem: as necessidades humanas básicas.

A informa  o que   fornecida pelas enfermeiras aos familiares, apresenta alguma dissonância de sentido atribuído, pois as enfermeiras consideram ser um “acto autónomo”, mas quanto a nós, no quotidiano não o valorizam enquanto tal. Ilustramos a nossa opinião com a expressão tantas vezes empregue após o fornecimento de informa  o muito genérica – “Agora se pretender saber mais sobre o seu familiar, deve falar com o médico”, quando fica por dar muita informa  o sobre o que realmente os enfermeiros fazem “com” os doentes.

Enquanto que na autonomia não havia qualquer referência das auxiliares de ac  o médica (adiante designadas por auxiliares), a nível da interdependência, começa a surgir de facto, alguma referência, mas que   de liga  o muito próxima às enfermeiras, bem como às normas.

Porque, relativamente ao trabalho desenvolvido pela auxiliar, a interven  o segundo elas e para elas está bem definida, tanto nas normas explícitas como nas implícitas, não existindo zonas de incerteza (Colli  re, cf. p.75) e (Crozier e Friedberg, cf. p.98).

“...Nós já sabemos que temos aqueles doentes interdependentes e já sabemos o que temos que fazer em rela  o a eles... “ (C1).

“...Eu tenho uma ideia do que tenho para fazer, quando tenho dúvidas peço informação aos enfermeiros, para actuar melhor em relação aos doentes...” (C1)

“É praticamente sempre da mesma forma... Posso fazer ou não posso. Quando já tenho informação sobre isso eu faço...Senão peço informação, ou já sei o que tenho para fazer...”(C1)

A consciência que têm deste facto é consonante com o observado na prática, em que a interdependência se caracteriza essencialmente pelas acções delegadas pelas enfermeiras, no que concerne a: “Ajudar os doentes (parcialmente dependentes), nos cuidados de higiene e conforto, na alimentação e na eliminação”. A interdependência com «normas», parece-nos ser ilustrada pelas seguintes acções: “Preparar a roupa para as camas e para os doentes; preparar as refeições”.

As formas de organizar o trabalho numa equipa que cada vez mais se caracteriza por ser transdisciplinar, em que nenhum dos seus elementos pode estar em condições de tomar as decisões de uma forma isolada, interessa-nos também compreender esta categoria e por isso ao analisar os dados produzidos, emergiram algumas características de interdependência dos diferentes actores no processo de cuidados.

É evidente que estas características de interdependência, estão muito ligadas ainda ao «campo de acção dos diferentes actores...» na perspectiva dos processos de organizar. Este aspecto assume um significado para nós, através da interpretação dos sentidos atribuídos pelos diferentes actores, numa relação directa com a noção de «poder», não como uma substância que seria «possuída» por alguém, mas como uma característica associada às relações de interdependência, pois na medida em que nós dependemos mais dos outros do que estes dependem de nós, eles têm um poder sobre nós, (Corcuff, 1996, p.33).

É nesta lógica que interessa compreender o «tipo» de relação que se estabelece entre os diferentes actores, muito no sentido do reconhecimento das capacidades e das competências de cada um, para desenvolver e accionar os meios, que levam ao desenvolvimento das acções preconizadas nesse mesmo processo de cuidados.

Parece-nos que esta interdependência, acaba por ser mais visível no processo de cuidados, entre as enfermeiras e as médicas, pois quando há necessidade de «colaboração» da enfermeira naquilo que é a realização de determinados exames complementares de diagnóstico, que são realizados no serviço, e em que, digamos, sendo um acto médico, não é possível ser realizado sem a colaboração efectiva da enfermeira.

Não é uma questão de delegação de competências, não é uma questão de indicação para que a enfermeira desenvolva determinado conjunto de acções, que também poderiam ser

realizadas pelo médico, mas é sim, uma interdependência no sentido em que num determinado conjunto de acções, é da exclusiva responsabilidade a sua execução pelo médico, ao passo que outras são da competência da enfermeira.

Outro dos aspectos que aqui se identificam, tem exactamente a ver com a questão da terapêutica, visto que sendo a prescrição da terapêutica uma acção da competência do médico, a enfermeira a partir do momento em que essa prescrição é feita, inicia um conjunto de acções no sentido de fazer com que essa terapêutica tenha o efeito desejado na pessoa.

Digamos que, na perspectiva de que o “acto de curar” é sempre uma intervenção do “exterior” para a pessoa, a enfermeira, numa perspectiva da utilização das capacidades e das potencialidades da pessoa, vai fazer uma avaliação da reacção, das respostas da pessoa, à administração dessa mesma terapêutica, no sentido em que por um lado os efeitos sejam os desejados, prevenir ou evitar os efeitos secundários, conseguindo-o através de uma observação, e uma avaliação sistemática das respostas humanas, dessa pessoa, a essa mesma terapêutica (Kérouac et al, cf. p.91).

Um exemplo desta interpretação, pode ser dado por exemplo quando as enfermeiras questionam a médica quanto à hipótese da deslocação de um doente a um dos serviços de apoio no hospital, para fazer um exame complementar de diagnóstico, visto que o doente se encontra a fazer um medicamento que «determina» a manutenção em repouso.

A enfermeira ao colocar esta questão ao médico, não o faz (é nossa a interpretação do significado), porque não tem conhecimento para tomar a decisão, mas coloca a questão, por forma a que seja tomada uma decisão partilhada, visto que procura conciliar, naquilo que será o mais adequado para o doente, a priorização das acções a desenvolver: se a continuação da administração de terapêutica, se a realização do exame, embora com a suspensão temporária daquela. No entanto, na realidade actua como se se tratasse de uma decisão delegada pelo médico.

Outro exemplo de interdependência na clarificação do campo funcional de cada um dos actores, prende-se com a possibilidade ou não de manutenção de perfusão endovenosa, quando o doente não apresenta rede venosa superficial compatível com a administração. Esta é, digamos, uma competência das enfermeiras colocar e promover a manutenção e funcionalidade das perfusões endovenosas na rede periférica, não sendo da sua competência a colocação das perfusões a nível central, passando a ser sua competência a manutenção e vigilância das mesmas. Digamos, que a decisão é tomada em parceria através da observação do utente relativamente aos médicos e enfermeiras.

Um aspecto, mais paradigmático desta questão da interdependência, parece-nos que com um «peso» formal da norma instituída, é o facto da avaliação da capacidade das pessoas doentes, neste caso, em termos de alimentação.

Essa avaliação da capacidade das pessoas é feita essencialmente pelas enfermeiras, sendo estas que relacionam a capacidade que os indivíduos têm em satisfazer esta necessidade de forma independente ou não, bem como das características com que o conseguem fazer, ao passo que é ao médico que compete prescrever o tipo de dieta, estando esta decisão habitualmente de acordo com a patologia que o doente apresenta.

Isto faz com que inúmeras vezes, os doentes tenham uma dieta prescrita, que é inadequada relativamente aos seus hábitos e às suas necessidades, às suas preferências. De qualquer forma está instituído e normalizado que é ao médico que compete fazer a prescrição da dieta, daí que muitas vezes no processo de cuidados se verifique, digamos que há uma estratégia não diríamos de negociação, porque não é uma questão de negociação, é antes uma questão de informação por parte da enfermeira relativamente às preferências e às necessidades de determinada pessoa no que respeita à alimentação, perante as quais o médico apenas faz a “acção burocrática” de escrever a prescrição de determinado tipo de dieta sugerido pela enfermeira, que é nesta situação a mediadora entre o médico e o doente.

Este é um aspecto que terá o seu interesse em ser interpretado na perspectiva do relacionamento da “autonomia” com a questão do conhecimento pericial e a responsabilidade inerente a esse mesmo conhecimento pericial.

Um outro aspecto que pode parecer apenas e só uma questão burocrática do «espaço físico» do serviço, apela também à interdependência dos diferentes actores neste caso, médicos e enfermeiras essencialmente.

Relaciona-se com a mudança de doentes de um «espaço físico» para outro.

Este tipo de interdependência, da mesma forma que a anteriormente referida, decorre daquilo que se pode considerar a norma instituída, em que os doentes são distribuídos pelos médicos, de acordo com o «espaço físico» que está atribuído a esses mesmos médicos. Logo, como os doentes são observados pelo mesmo médico desde o internamento à alta, não é possível fazer uma gestão da «localização» dos doentes no serviço, sem que efectivamente os médicos tenham conhecimento disso. Mas por que é que damos este exemplo?

Damo-lo porque muitas vezes tendo em conta as características individuais de determinadas pessoas doentes, ou porque a situação é bastante grave e não é positivo ou facilitador para um outro doente, por exemplo o «doente em estudo», que é uma situação em que por um lado a pessoa se encontra numa fase de “negação” ou de “rejeição”, de toda e qualquer sintomatologia que apresente, e por outro lado vê-se permanentemente confrontado com pessoas em grande sofrimento o que muitas vezes os perturba.

As enfermeiras atentas a estas situações, planeiam a (re)organização dos doentes pelos «espaços físicos», procurando colocar as pessoas em situação de comunicação verbal efectiva, em espaços contíguos, que sejam propiciadores desta comunicação.

Ora, só podem fazer isto (sem necessidade de negociação) se for uma permuta entre doentes que estejam no mesmo «espaço físico» atribuído à equipa médica.

Uma outra forma de interdependência, passa mesmo «as portas» do hospital, na relação que se estabelece entre a equipa que produz os cuidados no internamento, e a família e outras «organizações», que darão apoio ao doente e família no caso de ser considerado necessário. Nesta lógica entra em acção um outro elemento da equipa de saúde que é a assistente social, no sentido de promover imediatamente essa ligação com o exterior da unidade de internamento. Sobre este aspecto falaremos mais adiante, relativamente à alta clínica.

Do discurso analisado, e no que respeita à categoria *Dependência*, encontramos algumas frases significativas, por parte das auxiliares, o que poderá ter algum significado, pois nem as enfermeiras nem os médicos apontam explicitamente a dependência uns dos outros, no âmbito do campo de acção. Esta situação pode ficar a dever-se ao facto de a «acção» relativamente autónoma dos referidos profissionais, ser resultado da capacidade de serem os próprios a controlar o seu trabalho, (Mintzberg, cf. p.104-105).

Esta dependência é referida pelas auxiliares, na perspectiva em que não são elas a controlar o seu próprio trabalho :

“...se é uma situação nova, coisas que eu nunca vi ou fiz,...ou mesmo doentes novos que eu não tenha informação sobre eles, vou perguntar aos enfermeiros, porque eles estão com os doentes durante o turno. E então saber qual é a atitude em relação àquele doente.” (C1)

“Por outro lado doentes que entram descompensados, quando são doentes novos e em que há ainda informação, pouca... eu tento perguntar aos enfermeiros se têm alguma atitude especial...se tem alguma coisa que fazer especificamente àquele doente.” (C1)

Relativamente à dependência da organização do trabalho médico, as auxiliares dizem:

“...os médicos querem organizar o seu trabalho e roubam-nos um bocadinho o tempo e desorganizam-nos

um pouco o nosso trabalho. Porque nós temos que sair do serviço e da nossa rotina, para fazermos aquilo que efectivamente o médico necessita...” (C3)

A dependência das auxiliares relativamente às enfermeiras, no âmbito das acções que desenvolvem situa-se essencialmente quando não conhecem os doentes e necessitam da prescrição de enfermagem relativamente aos cuidados que deverão ser prestados, como por exemplo no âmbito da alimentação e da higiene e conforto.

No que respeita à dependência das «normas» podemos ilustrar com a regulação das entradas e saídas das «visitas», em que apesar de existirem horários e número de visitas estabelecidos, é sempre da competência das enfermeiras indicar quando as visitas podem entrar.

Relativamente a esta questão do campo de acção dos diversos actores, pela análise do discurso, numa perspectiva da consciência que as pessoas têm relativamente à forma como organizam o seu trabalho, «consciência discursiva», verificámos através da observação das práticas, que alguns desses aspectos nos ajudam a caracterizar os modos de organizar o trabalho dos diferentes actores, (enfermeiros, médicos e auxiliares), através do que podemos designar por «consciência prática»¹.

Por nos parecer importante para a compreensão, ilustramos esta análise feita, através de um esquema, que apresentamos em seguida e através do qual podemos fazer a seguinte síntese:

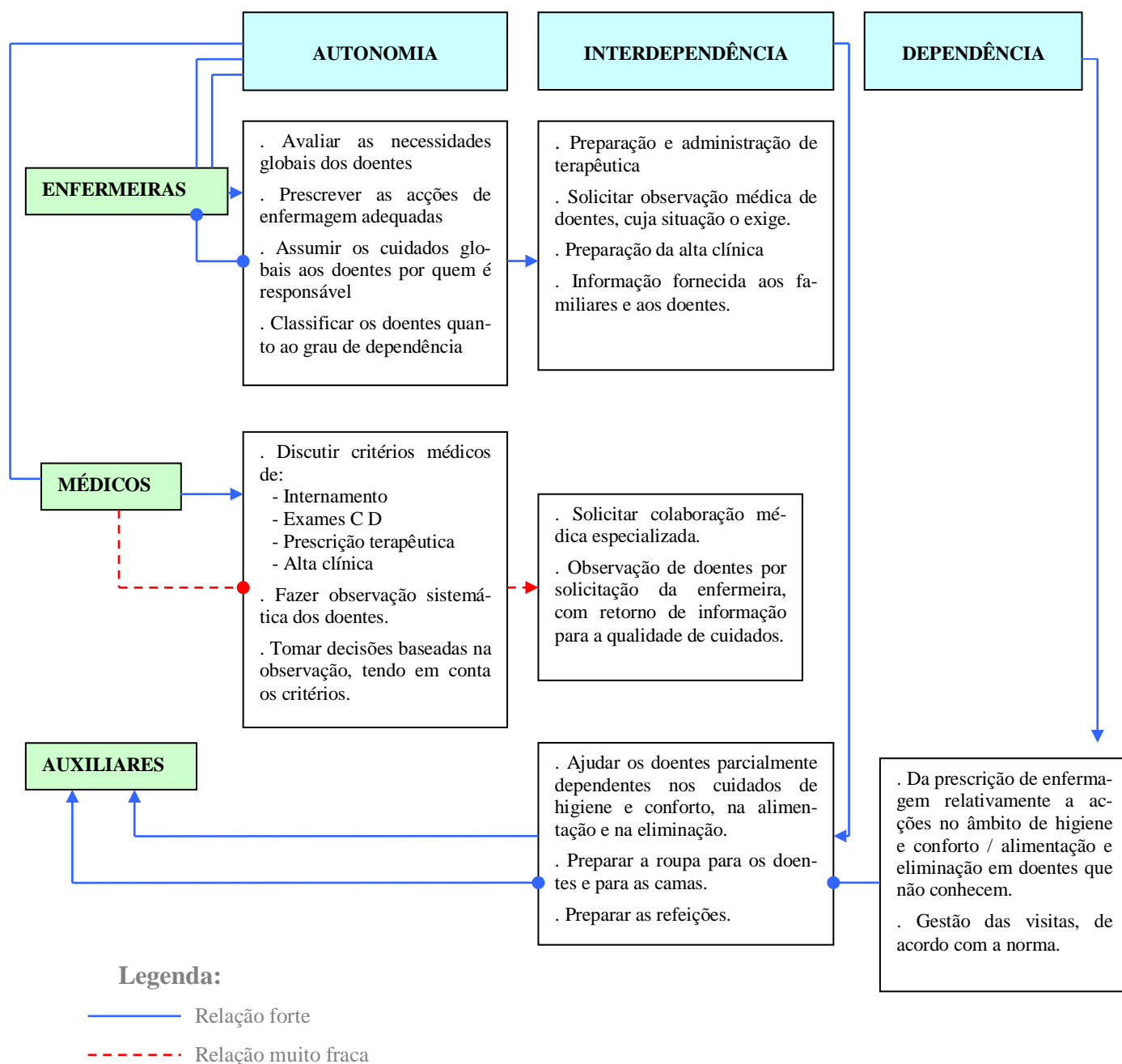
As enfermeiras apresentam uma relação forte com a autonomia e interdependência, substanciada nas acções exemplificadas. Não apresentam qualquer relação com a dependência.

Os médicos, por seu lado, atribuem um sentido de relação forte com a autonomia e muito fraca com a interdependência, não atribuindo qualquer significado à dependência.

As auxiliares, por sua vez, não atribuem significado à autonomia, mas manifestam uma relação forte tanto com a interdependência como com a dependência.

¹Para Giddens a «consciência discursiva» é tudo o que os actores podem exprimir de forma verbal (oral ou escrita), aquilo a que vulgarmente se reduz a noção de consciência. A «consciência prática», noção mais original, é tudo o que os actores conhecem de forma tácita, tudo o que sabem fazer na vida social, sem que o possam exprimir directamente de forma discursiva.

Figura 6 – Relação inteligível entre as categorias da dimensão «campos de acção» e os diferentes actores.



Na continuidade e complementariedade da compreensão da «acção», passaríamos agora, à interpretação dos *modos de organizar o trabalho*, entendidos aqui, numa perspectiva de organização complexa, que é forçada a standardizar os resultados, deixando aos operacionais a escolha do processo (Mintzberg, cf. p.105), enfatizando a dimensão processual da organização na perspectiva de Orton e Weick e Hosking (cf. p.106-107) e

considerando a organização como problema, que se caracteriza pelo contextual e não pelo estabelecido (Mintzberg, cf. p.104).

Os modos de organizar o trabalho

O discurso dos respondentes aponta-nos para três categorias também - Normatividade; rotina e o contextual. Iremos interpretar cada uma destas categorias à luz daquilo que identificámos como “consciência discursiva” e “consciência prática” dos diferentes actores.

Conforme já vimos anteriormente, no «campo de acção...», verificamos que no âmbito do processo de cuidados, em termos de organização, os actores atribuem importâncias diferentes, ou níveis de importância diferentes, relativamente àquilo que se pode designar pela categoria *Normatividade*.

Nesta categoria pretendemos essencialmente compreender o significado atribuído pelos diferentes actores, na medida em que coordenam os seus comportamentos (acções), pelas normas que partilham, em parte devido à sua socialização pela organização, na perspectiva teórica de Berger e Luckmann (cf. p.111); Lesne e Mynvielle (cf. p.111); Mintzberg (cf. p.110), e que caracterizam em parte a estrutura de acção que se estuda nesta investigação. Este é um aspecto teórico que interessa interligar com a dimensão “Missão da organização”, que analisaremos enquanto catalisador que actua no sentido de cumprimento de uma “missão”, podem mesmo considerar-se uma instituição na perspectiva de Berger e Luckman (cf. p.113).

No que respeita às enfermeiras, há uma tendência para desvalorizar a “normatividade”, pensamos que pelo facto de se atribuir um significado habitualmente negativo a este termo, conotado com a existência de “ordens”, o que implicará uma relação do tipo “dominação/dominado”. Por exemplo, uma enfermeira diz o seguinte:

“...as normas são consideradas como um peso maior na organização, porque segundo diz a Directora para haver a avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem é preciso normas.” (A1), não as considerando como dimensão que pode dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, numa perspectiva de factor intrínseco (endógeno) e não extrínseco (exógeno) Boudon (1990, p.221).

Estamos num nível global, naquilo que eventualmente se poderia atribuir a uma necessidade que a organização defina algumas normas que conduzam a acção dos diferentes

actores. Por exemplo relativamente a uma situação de urgência, em que quando o doente piora o seu estado e a enfermeira coloca a situação ao médico, e este, pede análises urgentes, “...aquilo que está definido por exemplo em termos de normas na instituição, é que é o médico ou o enfermeiro que colhe o sangue para enviar ao laboratório, ou então vai o doente em cama ou em cadeira de rodas ao laboratório...” (A1).

As enfermeiras assumem que, mesmo que a quantidade de trabalho seja grande, esta norma é sempre mobilizada no sentido de facilitar o doente, não o enviando ao laboratório, mas sendo a enfermeira a fazer essa mesma colheita de sangue. Ao longo da análise destes dados, iremos construindo a “hipótese” sobre se a valorização do doente como centro do “processo de cuidados” é ou não uma realidade, enquanto «norma» na socialização dos diferentes actores, bem como compreender o peso / influência que tem o facto de ser um factor endógeno ou exógeno na perspectiva de “mudança social”, Boudon (1990, p.221).

Por outro lado é mais claro quando se fala em termos da « normatividade» se pensarmos naquilo que é um dos princípios organizadores do trabalho, que é a metodologia de distribuição de trabalho em vigor ¹, para as enfermeiras, e que existe sob a forma de “norma” existente na organização dos cuidados.

As enfermeiras valorizam esta norma ao referirem “...como nós trabalhamos pelo método do enfermeiro responsável, é o enfermeiro que faz tudo ao doente independentemente da situação “,(A3) parecendo que preconiza a ajuda à pessoa doente a tomar o lugar central no processo de cuidados (cf. p.93-94), numa orientação para o paradigma humanista.

Parece haver aqui também um sentido da dimensão individual, e da dimensão colectiva porque, apesar da existência das normas, na perspectiva das enfermeiras isto também vai depender muito das pessoas. De haver determinadas pessoas que se limitam a cumprir aquilo que no momento lhes é imposto. Isto numa perspectiva de normas existentes na organização, situação à qual parece ser atribuído um sentido negativo, mais próximo da conotação menos favorável atribuído ao conceito de “rotina”, que analisaremos em seguida.

Por outro lado parece emergir do verbatim produzido por esta investigação com base nas relações sociais, por parte das auxiliares uma tendência mais clara para a necessida-

¹ Método de distribuição de trabalho – organização do trabalho pelo método de enfermeiro responsável.

de de cumprimento de “ordens”. De “ordens” relacionadas com as normas, o que parece colocá-las mais próximas do tipo de relação dominação/dominado, já antes referida. Por exemplo, as auxiliares referem explicitamente que:

“...nós temos as nossas tarefas distribuídas, e por exemplo...mesmo a enfermeira chefe pergunta - quem é que está de «apoio»¹, ou quem é que está de «limpeza»²? Embora agora tenhamos uma mensageira que apoia os dois serviços.” (C2)

“...Se as enfermeiras necessitam de ajuda para fazer higiene a um doente acamado, então se precisam de um elemento (...) então sabem quem é que está de «apoio» e chamam” (C2).

“...A enfermeira sabe como o trabalho está organizado, chama logo a auxiliar que está de apoio...”(C2).

A questão da importância das normas, como veículo para a organização do trabalho, é entendida também pelas auxiliares, como “...sendo importante existirem normas, pois elas são precisas, mas que muitas vezes não é possível seguir com rigor essas mesmas normas.” (C3), sendo de realçar este aspecto em relação com o preconizado por Crozier e Friedberg (cf. p.96), quanto à liberdade dos actores, bem como à sua racionalidade, objectivos e necessidades.

Na opinião das auxiliares, este modo de organizar o trabalho, permite desenvolvê-lo sem a existência de problemas, parecendo-nos existir aqui um sentido atribuído à socialização como visando a qualificação dos diferentes actores no âmbito do processo de organização do trabalho, sendo através dela que os actores não só aprendem os significados do social, mas se identificam com eles, tornando-os seus. Parece-nos estarmos perante uma questão de legitimação, enquanto produtora de novos significados que servem para integrar os já existentes, ligados aos diferentes processos institucionais, (Berger e Luckmann, cf. p.113).

Outra das categorias emergentes desta mesma dimensão, tem uma ligação directa com a anterior e designámo-la por *Rotina*.

A “rotina” no sentido de existir uma determinada “estrutura das relações” que se repete diariamente no que respeita à organização do processo de cuidados e que se integra na noção de que a estrutura das organizações não é algo que estes possuem, mas que resultam de um processo de construção (Orton e Weick, cf. p.106), onde se identificam indicadores de estrutura na perspectiva de Giddens (cf. p.113).

¹ A função de «apoio» é definida...

A AAM que está de «apoio», portanto é habitualmente aquela auxiliar que está na segunda manhã, e que à partida tem esta função de ajudar (as enfermeiras) na prestação dos cuidados aos doentes internados.

² A função de «limpeza» define-se como o conjunto de acções desenvolvidas pelas auxiliares relativamente à limpeza das unidades em tudo o que decorre dos cuidados com os doentes internados.

Esta categoria, digamos que perpassa pelos três actores, envolvidos nesta lógica da construção do processo de cuidados.

Por exemplo relativamente às enfermeiras, consideram existir “rotina” essencialmente, em actividades que se desenvolvem tanto no seu campo autónomo, como campo de acção interdependente.

No campo de acção autónomo, como exemplo, o que se verifica é que as enfermeiras têm uma determinada “rotina”, na avaliação e controle da temperatura axilar dos doentes internados, existindo uma norma organizacional, em que a avaliação da temperatura deve ser feita de manhã e à tarde, e apesar de muitas vezes verificarem que não seria necessário avaliar essa temperatura axilar aos doentes internados, fazem-no porque é uma rotina: a distribuição dos termómetros pelos doentes e o registo em local próprio, naqueles dois momentos do período de trabalho, essencialmente porque os médicos mobilizam essa informação quando “visitam” os doentes, (relação clara com a interdependência em que a identidade do campo de competências parece não estar clarificada (cf. p.77), sendo uma acção autónoma entendida como interdependente por prescrição/delegação (cf. p.106-107).

Ainda no âmbito das funções autónomas, uma actividade que as enfermeiras referem como sendo uma rotina prende-se com os cuidados de higiene e conforto. Apesar de que as enfermeiras dizem desta forma:

“...aqui, nós temos, não diria bem que é uma rotina, realmente o que tem que se fazer de manhã. Fazem-se as higiènes durante a manhã.” (A4).

Ao assumir “...fazem-se as higiènes durante a manhã...”, é interessante em termos de interpretação porque é uma “rotina” convencionada que todos os doentes internados terão que tomar banho no turno da manhã, numa perspectiva de normatividade relacionada com a socialização, mais valorizada que a que é explícita na «missão organizacional». Pode encontrar-se nesta lógica a ênfase de prestação de cuidados de manutenção e reparação (Collière, cf. p.80), onde se valorizam os procedimentos relacionados com os cuidados físicos, isto porque se entende a pessoa como um ser físico, concentrando-se os cuidados na «higiene»; «tratamentos» e «prescrições», sugerindo que o médico detenha o poder em todas as tomadas de decisão (Pearson e Vaughan, cf. p.80).

Por vezes, no entanto, e segundo as enfermeiras há a possibilidade de adaptar esta “rotina” às necessidades efectivas dos doentes, mas é muito esporádico e apenas e só quando o doente consegue solicitar de facto esta diferenciação. Uma vez mais poderemos estar aqui na presença da valorização da pessoa como centro do “processo” (Kérouac et al e

Newman et al, cf. p.89), bem como numa situação do explícito na "missão da organização"

No que respeita aos médicos, eles consideram abertamente que "...o trabalho obedece a «rotina(s)» pré-definidas. Próprias de cada médico, talvez influenciadas pela preparação anterior, pelos internatos e prática noutros serviços, porque aprendemos muita prática do nosso trabalho de enfermaria com colegas mais velhos." (B1).

Isto reforça a interpretação anteriormente feita de que a socialização profissional dos médicos é feita muito próxima de cada um dos médicos, é feita interpares, havendo uma dimensão individual nessa mesma socialização, em que os referentes são habitualmente os médicos e só os médicos. A partilha de experiências, especialmente entre iguais, constitui-se num meio privilegiado, evitando um face a face exclusivo da pessoa com a sua experiência, (Courtois,1992). Entendemos o valor mais atribuído à rotina na dimensão que estamos a analisar, reforçando no entanto, que nos parece estar presente nesta categoria o que se pode designar pela transferência de saberes, em termos de competência, (Luz, cf. p.71), e em que a organização (pelo trabalho) é ela própria produtora de competências (Deret e Parlier, cf. p.109).

Relativamente ao campo de acção interdependente e no que respeita à enfermeira, tem sobretudo a ver com a questão da "prescrição terapêutica", as enfermeiras consideram que existe uma certa "rotina" que também tem alguma relação com a «normatividade» estabelecida na organização do trabalho, o que se traduz, em relação à medicação prescrita habitualmente, no seguinte: "...temos uns horários fixos que também nos permitem, são bastante flexíveis, que nos permitem organizar, usando o sistema de cartão ¹" (A2). Parecendo-nos que a flexibilidade não existe enquanto característica a desenvolver pelo actor reflexivo na acção, mas uma falsa flexibilidade, que é antes «diversidade de horários».

No entanto, apesar de considerarem que esta é uma forma flexível de preparar e administrar a terapêutica, consideram-na também como "rotina" porque é feito sempre da mesma forma, e tem horários que são efectivamente definidos à priori, o que parece ser paradoxal. Na perspectiva da competência dos actores, competência entendida como aquilo que estes conhecem (ou em que acreditam), de forma tácita ou discursiva, sobre as circunstâncias da sua acção e da dos outros, e que utilizam na produção e na reprodução da acção. Esta competência realça uma capacidade reflexiva dos actores, através da

¹ Sistema tradicional de administração de terapêutica, em que um dos procedimentos a desenvolver é a elaboração de um «cartão», que é um quadrado com cerca de 5 cm de lado e onde se inscrevem os seguintes dados: Nome do doente; N° da cama; n° da sala; nome do medicamento e dosagem; via de administração e horário de administração(estes três últimos dependentes da prescrição médica).

qual são capazes de compreender o que fazem enquanto o fazem, mas em que a reflexividade se manifesta essencialmente a nível discursivo, (Giddens, citado em Corcuff, p.60).

Parece-nos que o que será importante interpretar na relação da “rotina” com a “normatividade”, tem a ver com a prescrição médica, relacionada com o tipo de medicamentos: quanto à acção, tempo de actuação, e todos aqueles parâmetros que têm a ver com a preparação e administração de medicamentos. É óbvio que o próprio conjunto de acções que são desenvolvidas neste sentido fazem com que essas acções tenham por base um conjunto de normas e princípios, que exigem da enfermeira uma “polivalência de saberes”, (Correia, cf.p. 65), que lhes permitam fazer o transfert, de acordo com o contexto, (Luz, cf. p.71).

De normas que por um lado estão definidas pela organização quando estipula que os horários da administração da terapêutica, são decorrentes do tipo de terapêutica que é efectivamente administrada, e portanto isso vai depender dos tempos de actuação, da faixa terapêutica desses mesmos medicamentos, bem como aquilo que normativamente determina a forma de preparação e de administração dessa mesma terapêutica, derivando estes últimos aspectos não da normatividade, mas sim dos “saberes teóricos” mobilizados pelos actores em interacção (enfermeiros e médicos).

No entanto, o que é interessante verificar, é que as enfermeiras consideram que apesar de haver estas normas, deveria existir a tentativa de não rotinizar este conjunto de acções. Mas elas estão perfeitamente rotinizados porque, os procedimentos que se desenvolvem relativamente à preparação e administração de medicamentos, fazem já parte de uma determinada “rotina”, conforme poderemos reforçar pelo dados decorrentes da observação das práticas. Isto parece significar que estamos perante a “rotina” em que não existe reflexividade na acção.

Se a “consciência discursiva” dos diferentes actores na construção e produção do “processo de cuidados”, permitiu analisar os dados anteriormente referidos, aquilo que poderemos apelidar de “consciência prática”, aponta para aspectos que permitem complementar e consequentemente compreender o sentido atribuído por cada um dos actores, valorizando desta forma a chamada heterogeneidade e procurando encontrar «regularidades» que clarifiquem os “modelos de cuidar” presentes na unidade de internamento em investigação, o que faremos a seguir à próxima categoria, sob a designação genérica de “Um dia no internamento com ...”.

Uma terceira categoria importante nesta dimensão em análise, é exactamente aquela que poderíamos designar por *Contextual*, atribuindo-se importância às situações, ao contexto e aos processos de organizar, entendendo a organização como problema - contextual e não do estabelecido (cf. p.108).

Em relação às enfermeiras parece-nos ser clara a importância que elas atribuem à avaliação contextual das situações e ao tomarem decisões também contextualizadas. Isto fazendo surgir neste cenário dos *processos de organização do trabalho*, uma questão extremamente importante que é a adaptação dos enfermeiros às situações e não o contrário. O que poderemos verificar e até comparar na perspectiva da relação, e nesta mesma capacidade de organizar contextualmente o trabalho, com a “normatividade” e a própria “rotina”. Poderá ser esta uma das razões para as enfermeiras atribuírem um significado negativo à rotina ?

Dizem as enfermeiras que “...em cada turno, utilizamos um plano de trabalho, para cada enfermeiro e é uniforme quando classificamos o doente como independente ou não, e cada enfermeiro atendendo a esses níveis de dependência, organiza o seu trabalho.” (A2).

Portanto, “...existem muitas vezes situações(...) que me levam (...) a pensar que « vou lá agora junto daquele doente » e daqui a pouquinho tenho que interromper de novo o meu trabalho, e voltar lá.” (A2).

As enfermeiras consideram também como muito importante para esta organização contextual o procurar ter uma visão global, digamos, daquilo que é o processo de cuidados em relação aos doentes que têm a cargo. Porque, para além dos cuidados que são prestados directamente, isto é, junto do doente, existe um conjunto de cuidados de rectificação, neste caso de acções, que se não forem realizadas dentro dum planeamento mais global, dificilmente se traduzirão em cuidados eficazes e de qualidade, aos doentes.

As enfermeiras ao assumirem que, a “higiene” não tem que ser sempre feita de “manhã”, o facto de poder fazer-se os “cuidados de higiene” num outro turno, não faz, na perspectiva das enfermeiras, que seja um aspecto negativo da “rotina”, porque aqui o que conta é que a enfermeira é capaz de (re)organizar o trabalho, não valorizando em primeira linha a “rotina” mas sim a “situação” que entretanto avaliou. E dizem isto de uma maneira clara (parece-nos), “...os cuidados de higiene e conforto talvez sejam a nossa preocupação, mas a mim não me aflige que tenham que ser feitas todas as «higienes» logo de «manhã».” (A4)

Mais ainda, esta enfermeira refere “...no início do turno, após a passagem do turno, em que somos apresentados aos doentes e em que colhemos informação relativamente a esses doentes, baseio-me logo nesse momento de estar com os doentes, para estabelecer a <minha > organização do trabalho.” (A4)

“...por exemplo se eu tenho um doente na enfermaria 1 e outro na enfermaria 4 (ver esquema p.149) e os dois estão na mesma situação, eu não vou provavelmente utilizar o 100% do meu tempo, com cada um

desses doentes, mas um poderá precisar de 30 e outro de 70%, então eu vou dividir o meu tempo entre esses dois senhores. E isto implica que eu faça efectivamente um planeamento baseado na «situação»” (A4)

As enfermeiras ao fazerem isto, mostram estarem conscientes de que para prestarem cuidados de qualidade, devem fazer a avaliação das situações no sentido de poderem dar resposta às necessidades efectivas e reais daquelas pessoas, o que parece consistente com o preconizado por Kérouac et al quanto ao papel do doente no processo de cuidados, bem como o que Strauss (cf. p.91), refere quanto ao doente dever passar a ser o «actor central», na organização do trabalho. Também Mintzberg (cf. p.95), se refere a este aspecto numa perspectiva de organização do trabalho, quando valoriza a importância do controlo do trabalho por quem o executa, e por fazê-lo próximo dos clientes.

No que respeita aos médicos é interessante perceber-se que eles valorizam muito a importância da “rotina” no que respeita à observação sistemática. Isto é, não prescindem de, antes da intervenção e da tomada da decisão, desenvolver a observação sistemática dos doentes que têm a seu cargo na enfermaria. Observação esta que apesar de partir de uma base de “rotina”, tem em conta o contexto em que é produzida, e é quanto a nós muito valorizado no aspecto “reflexividade”.

Dizem mesmo “...podemos ter mais tempo para isto, mais tempo para aquilo, podemos ter que fazer algum < acto >, mas é com base nesta observação, se não temos uma atitude de «rotina» de um método de observação, falhamos!”(B1)

“...o número de doentes varia, a sua distribuição nas enfermarias pode ou não variar...”(B2), neste momento a organização física do serviço, relativamente à distribuição dos doentes pelos médicos, é uma divisão perfeitamente estanque, em que havendo dois médicos responsáveis, um deles é responsável pelos doentes que estão nas primeiras quinze camas, e o outro médico é responsável pelo doentes que estão nas segundas quinze camas.

No entanto digamos que para a organização do trabalho médico, a base é esta, é uma certa “rotinização” relativamente à observação das pessoas. A ênfase que é colocada na observação de cada doente, faz com que de acordo com a situação de cada um desses doentes, o trabalho médico tenha também diferentes formas de se organizar, e aqui contextualmente também existe alguma importância, como por exemplo, quando o médico nos diz:

“...quando considero que é mais importante para os doentes naquele dia, fazer primeiro a visita aos doentes antes de ir para a consulta externa, ou para o serviço de urgência, é o doente que está digamos, a orga-

nizar um pouco o nosso trabalho. Não são os médicos, mas sim basicamente os doentes que determinam essa mesma hipótese de organização de trabalho “(B1).

Embora partindo do princípio organizador que é a observação sistemática de todos os doentes, assumem os médicos também que, existem, em termos da organização do seu trabalho, alguns doentes que levam a uma certa priorização de acordo com o conhecimento que se tem das situações, “...eu vou primeiro ver os doentes que têm patologias mais graves, depois disso vou ver se já vieram os resultados dos exames dos doentes que estão mais complicados, e só depois é que eu observo aqueles que têm situações mais «benévolas», que nos preocupam menos. Por exemplo se eu tenho poucos doentes internados e se as situações patológicas são pouco graves até posso «ir primeiro à consulta»¹ e depois vir cá ao serviço.” (B2)

Relativamente à organização contextual, por parte das auxiliares, parece-nos haver maior dificuldade relativamente a esse aspecto, no entanto, as auxiliares também referem a necessidade de contextualmente mudar ou adequar algumas das “rotinas” que estão instauradas no serviço. Por exemplo quando nos dizem que : “...quando eu chego de manhã e quando estou de «apoio», vou logo ver quem está em jejum; só depois é que preparo e vou dar os pequenos almoços. Ver bem dos jejuns e ver bem quem está para jejum, para depois na distribuição dos pequenos-almoços não haver problemas. É que eu tenho muito medo dessas coisas, e então a minha primeira preocupação de manhã é logo os jejuns.” (C2)

Portanto verifica-se aqui uma preocupação em não seguir de uma maneira completamente descontextualizada a “rotina”, mas procurar adaptá-la às situações de cuidar, embora na dependência das normas e das enfermeiras como vimos anteriormente.

Essa perspectiva parece-nos também consubstanciada naquilo que é uma determinada lógica de «rotina», com uma organização adaptada de acordo com a situação que estão a viver, tanto no que respeita aos doentes como no que respeita aos enfermeiros. Dizem-nos por exemplo.

“ E nós às vezes quando estamos a fazer uma cama ou assim, é que damos um pouco mais de atenção aos outros doentes independentes. Porque os doentes independentes não nos ocupam o nosso tempo «ao pé», a fazer isto ou aquilo em termos de ajuda. E a dificuldade que nós temos, principalmente é não podermos ajudar todos ao mesmo tempo.” (C3)

¹ "Ir à consulta" - O médico para além de acompanhar os doentes internados, atende pessoas num outro espaço do Hospital - Consulta Externa - numa perspectiva de acompanhamento da "trajetória da doença" (Strauss, 1992, cf. p.91), que necessita de cuidados de saúde diferenciados.

É interessante verificar , o sentido que as auxiliares dão á questão da ajuda.

Enquanto que em relação aos doentes independentes elas consideram que dão a ajuda ao próprio doente pelo facto de poderem ficar junto a ele um período maior de tempo e conversar e saber coisas sobre esse mesmo doente, relativamente aos doentes parcial-

mente dependentes e totalmente dependentes ¹, parece-nos que o significado que atribuem não é tanto na “ajuda” aos doentes mas sim na “ajuda” às enfermeiras, como por exemplo quando dizem: “...se eu estou de «apoio» estou a ajudar a enfermeira, que é o que nós designamos por apoio; ajudar a enfermeira a dar banhos aos doentes que precisam.” (C2)

Dizíamos que pode ser interessante porque as auxiliares fazem aqui uma distinção clara em termos de «quem» é que ajudam. Não atribuem um sentido de estar a ajudar o doente para uma melhor qualidade dos cuidados a esse doente, pelo apoio que prestam no desenvolvimento de algumas acções, inerentes ao processo de cuidados, mas sim que estão a ajudar a enfermeira, na perspectiva da diminuição da quantidade de trabalho, relativamente aos doentes que têm a cargo.

Nesta mesma lógica é interessante verificar-se que, já no que respeita à dimensão - campos de acção dos diferentes actores; as mesmas auxiliares parecem atribuir um significado também distinto, relativamente à questão da “Interdependência”, por exemplo referem “...nós temos funções definidas, mas dado que o trabalho é bastante não podemos cumprir à risca...quer dizer, nós tentamos cumprir à risca, mas procuramos sobretudo não prejudicar o doente, nem o enfermeiros.”(C3)

Ora bem, temos aqui um simbolismo que nos pode eventualmente levar à interpretação de que a auxiliar, sente-se responsável por aquilo que faz, não só em relação ao doente, mas também em relação à enfermeira. Colocando num nível provavelmente idêntico esta questão de « prejudicar o outro». Interessa perceber prejudicar porquê; e em quê.

A noção de interdependência e a noção de «margem de acção» (Corcuff, p.33), parecem ajudar-nos na compreensão, na medida em que existe por esta ordem de ideias, “...um tecido de interdependências no interior do qual o indivíduo encontra uma margem de escolha individual, mas que ao mesmo tempo, impõe limites à sua liberdade de escolha” (Ib.p33).

Ainda na categoria “Interdependência”, na dimensão - Campos de acção dos diferentes actores; a auxiliar refere mesmo com bastante convicção que a função de apoio é definida desta forma “...ajudar o enfermeiro sempre que ele precise.”(C3). Portanto há aqui de facto a atribuição de um significado à «ajuda » à enfermeira e não ao doente.

Poderemos questionar este dado, numa relação directa com o “conhecimento” mobilizado nesta interacção (por parte da auxiliar), que se caracteriza por ser essencialmente “prático” (Dubar, cf. p.158) e como tal despojado de qualquer pressuposto teórico, limi-

¹ Classificação de doentes de acordo com o seu grau de dependência

tando-se a ser valorizada a “acção” que decorre da repetição por parte da enfermeira, no que concerne ao tipo de solicitação para “ajuda” ?

Isto pode ser interessante em termos de análise, no sentido de saber como é que (se é que, ou se...) valorizamos na formação dos novos enfermeiros o papel da auxiliar, no que respeita a este tipo de intervenção no processo de cuidados. A importância poderá estar no facto de compreendermos a evolução da "disciplina" de enfermagem, reportando-nos à dimensão “saberes” que na era Pré-Nightingale eram essencialmente práticos (cf. p.75) e que uma visão menos utilitarista e mais científica, sugere a importância de mobilização dos saberes teóricos na actualidade (cf. p.84-88).

Verificámos que os "modos de organizar o trabalho..." assentam numa lógica das categorias que antes analisámos, mas em que importa relevar o que nos permite compreender "os modos" como as enfermeiras, os médicos e as auxiliares, organizam o seu trabalho, partindo da "estrutura das acções" (actancial) que identificámos antes.

Neste sentido, iremos apresentar seguidamente uma análise consubstanciada em diagramas de acções específicas para cada actor, provenientes da observação das práticas quotidianas dos mesmos em contexto de trabalho, onde pretendemos analisar as lógicas de acção ao invés das regularidades causais (cf. p.159).

Designamos esta análise, genericamente: Um dia na Unidade de Internamento, iniciando com o que respeita às enfermeiras.

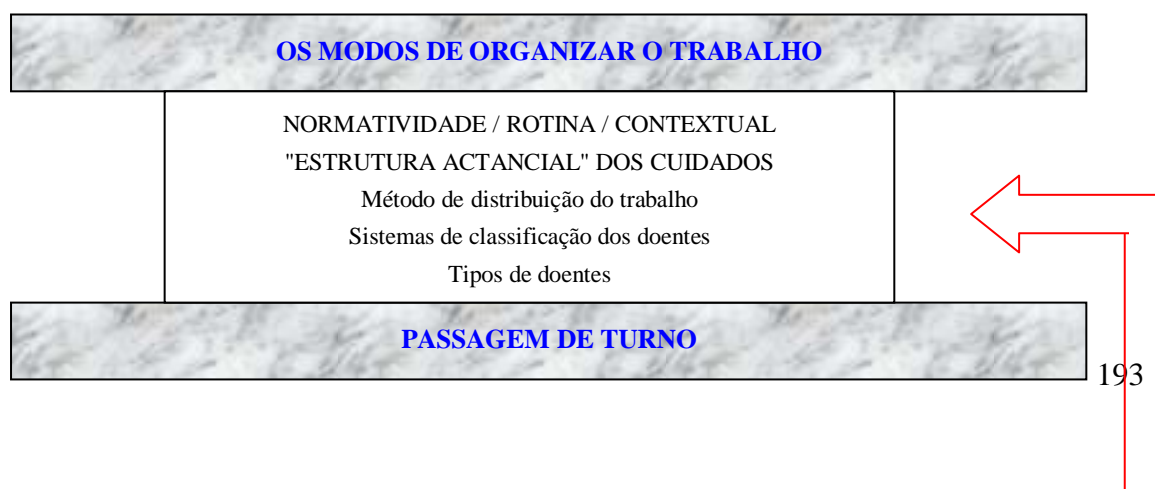
Um dia na Unidade de Internamento com as Enfermeiras

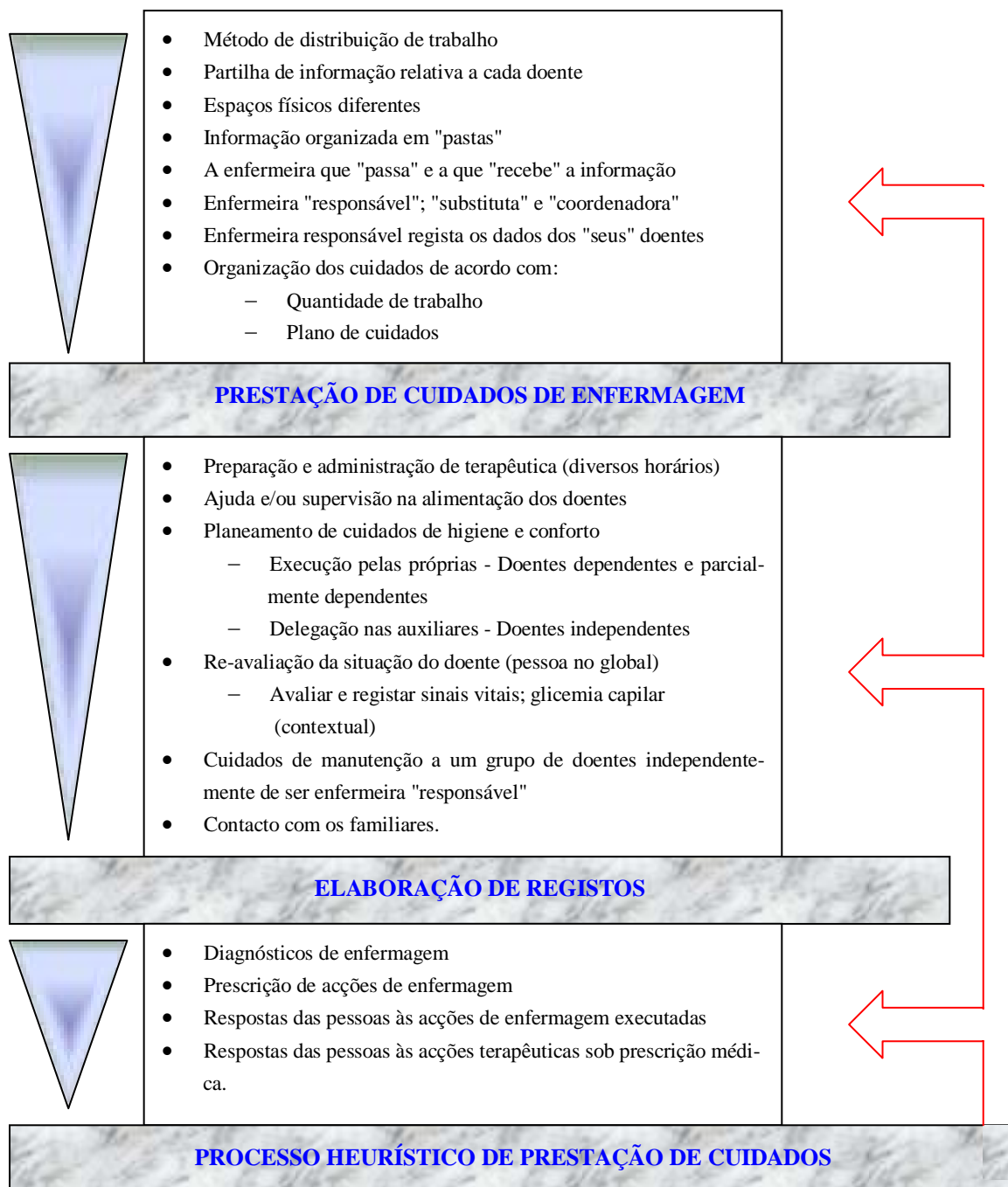
A observação do quotidiano de uma unidade hospitalar, conduz-nos rapidamente à ideia de um universo de rotinas, onde as tarefas se sucedem umas às outras e as actividades estandardizadas surgem como padronização sistemática, emergindo como preocupação principal das enfermeiras a que se relaciona com a execução dos cuidados: valorizam-se os aspectos visíveis dos cuidados, tais como a higiene, o cumprimento imediato dos tratamentos e das prescrições, a arrumação das «unidades» dos doentes. As enfermeiras parece valorizarem técnicas como a colheita de sangue, a vigilância e manutenção das perfusões endovenosas, por vezes em detrimento do desenvolvimento da habilidade em confortar as pessoas que sofrem, ou partilhar a informação com os que têm dificuldade em compreender a situação em que se encontram, conforme veremos mais adequadamente, adiante.

A figura 5, procura mostrar a "estrutura actancial" do processo de cuidados na medida em que relaciona a estrutura do processo de cuidados enquanto conjunto de actividades desenvolvidas num determinado local por um actor, para desenvolver as referidas actividades em situação contextual (Giddens, 1997, p.22 e Berthelot, cf. p.159).

Na referida figura, podemos verificar que as enfermeiras organizam a prestação de cuidados através de um processo heurístico que se auto-alimenta em cada uma das fases e que passaremos a explicitar.

Figura 7 - Um dia na Unidade de Internamento com as enfermeiras.





Não temos dúvidas que uma das pedras basilares da organização do trabalho das enfermeiras, se consubstancia naquilo que é designado por « passagem de turno» (é um ritual que consiste em as enfermeiras se juntarem em determinados espaços físicos, para poderem partilhar um conjunto de informações relativas a cada doente e ao global dos doentes, que lhes permitem dar continuidade aos cuidados que foram prestados e que necessitam ser continuados ou reavaliados. Esta pt, começa por se localizar num determinado espaço físico, onde podemos encontrar as « enfermeiras que passam o turno» e as «enfermeiras que recebem o turno». Isto significa que as primeiras são as que trabalharam no período de serviço imediatamente antes, aquelas que «recebem», são as que vão iniciar um período de trabalho de mais oito horas. A enfermeira que recebe o turno, organiza o «registo da informação» relati-

vamente aos doentes que tem a cargo, consulta as «pastas» desses doentes, escreve dados biológicos dos doentes, escreve o tipo de ajuda que os doentes necessitam e faz isto em relação a todos os doentes por quem é «responsável» isto é, ela tem a cargo um grupo de doentes, por quem é responsável nos cuidados naquele período de serviço, podendo ser ou não o < responsável > pelos cuidados em continuidade ao doente. Na primeira situação ele é designado por «enfermeiro substituto», na segunda por «enfermeiro responsável». Depois de todas as enfermeiras terem anotado numa folha os indicadores que servirão à apreciação inicial dos doentes - nº da cama; nome do doente; Sinais vitais; outros dados biológicos; tipo de dependência ... As enfermeiras que recebem e as enfermeiras que passam, dirigem-se então ao local onde os doentes estão internados (...) o serviço tem pequenas enfermarias de três unidades cada, e é aí que se dá a continuação à passagem de turno. Junto de cada doente fica a enfermeira responsável ou substituto, que vai receber as informações, a enfermeira que passa as informações, a quem se junta habitualmente a enfermeira chefe ou a enfermeira coordenadora por forma a tomarem conhecimento global da situação de todos os doentes internados. Cada enfermeira «responsável » ou «substituto» recebe as informações relativas aos seus doentes, regista essas mesmas informações e depois de ter terminado este «ritual», a enfermeira dá continuidade à organização do trabalho que lhe competirá desenvolver durante o turno).

O trabalho que a enfermeira vai desenvolver pode depender da caracterização que foi feita dos doentes, durante a passagem de turno. No entanto, iremos distinguir duas fases, digamos, uma primeira fase em que o próprio planeamento do trabalho depende e está ligado a uma determinada "organização", mais geral que obedece essencialmente a uma "estrutura", onde as acções e os meios para desenvolver essas acções se encaixam, e tem que ver exactamente com este início da passagem de turno, e com aspectos que caracterizam a própria organização estrutural do trabalho (Prestação de cuidados de enfermagem).

Os cuidados de higiene e conforto são habitualmente um momento privilegiado pelas enfermeiras, para desenvolver um conjunto de acções, que não se situam apenas e só, na execução directa desses mesmos cuidados.

Isto porque as enfermeiras utilizam também este espaço para avaliar outro tipo de dados relativamente aos doentes. Isto acontece habitualmente quando a enfermeira se dirige ao doente, lhe explica o que vai fazer e o questiona sobre as queixas que o mesmo refere, procurando a humanização dos cuidados (Kérouac et al, cf. p.94-95).

Habitualmente, com este tipo de atitude a enfermeira pretende avaliar de facto aquilo que perturba ou impede a capacidade de desenvolvimento das actividades por parte do doente. Também no sentido de avaliar da eventual possibilidade de reformular o plano de trabalho relativamente ao doente em questão (Strauss, cf. p.92 e Mintzberg, cf. p.93).

A organização do trabalho da enfermeira - para além dos aspectos já referidos, relativamente a uma "estrutura" emergente da organização do serviço, passa muito, como nos

parece, pelo tipo de doentes que a enfermeira cuida, porque muitas vezes dedica mais tempo aos doentes dependentes, em relação a outros, em que a maior parte das vezes os momentos de interacção com os doentes independentes ou parcialmente dependentes, são quase exclusivamente na preparação e administração de terapêutica; supervisão do "banho" dado pela auxiliar, avaliações pontuais de algumas necessidades humanas básicas como por exemplo- alimentação e eliminação.

Outra das acções no processo de cuidados, que as enfermeiras desenvolvem e que contribuem para a organização do trabalho, depende do conjunto de actividades que permitem fazer uma avaliação mais global da "pessoa" relativamente à situação de desequilíbrio de saúde em que se encontra, ou da doença.

Neste aspecto, por exemplo para avaliar sinais vitais, e outros dados biológicos como a avaliação da glicemia capilar, faz parte também já da própria organização do trabalho das enfermeiras, fazê-lo rotineiramente de acordo com a referida "estrutura" que existe pela normas da organização do trabalho. Habitualmente esse tipo de intervenções, é organizada de forma coincidente com alguns outros momentos de desenvolvimento de cuidados, como seja a avaliação da glicemia capilar antes das refeições. O que faz com que esse tipo de avaliação seja complementada com outro tipo de colheita de dados, que ajuda a compreender melhor a situação dos doentes.

As enfermeiras apesar de partirem de pressupostos idênticos quanto à organização do trabalho, têm depois uma lógica de organização que se baseia também de alguma forma nas características individuais. Uma situação onde podemos compreender este aspecto acontece nos momentos de interrupção dos cuidados. Habitualmente estão em número de 3 ou 4 na "manhã", pelo que a organização de momentos de interrupção, é feita numa lógica, em que os grupos habitualmente de duas enfermeiras que se dirigem ao bar ou ao refeitório, para tomar o simples café ou para almoçar, se constituem com base num critério que nem sempre está relacionado com a "quantidade de trabalho" ou com a "caracterização" dos doentes que têm a cargo, parecendo-nos que estes grupos são muito mais formados com base nas afinidades pessoais que as enfermeiras têm.

A esta estratégia atribuímos o significado de existir a necessidade por parte das enfermeiras, em conversar sobre outros aspectos, o que foi por nós verificado quando acompanhámos as enfermeiras nestes períodos de algum distanciamento em relação ao serviço. No entanto, também verificámos por diversas vezes que esta intenção nem sempre é conseguida pois, na maioria das vezes, as enfermeiras falam exactamente dos problemas que as preocupam no serviço.

Um organizador extremamente importante para os modos de organizar o trabalho pelas enfermeiras é o sistema de classificação de doentes (SCD) ¹. Sobre este organizador interessa também reflectir um pouco. Porque a lógica da classificação dos doentes por níveis ou graus de dependência, pretende essencialmente ser um indicador para gerir recursos de enfermagem, não só na unidade, mas no hospital inteiro. Isto faz com o SCD tenha a nível das enfermeiras um simbolismo muito intenso, até na perspectiva de proporcionar um certo tipo de "poder" porque é através do número de horas de cuidados necessários que advém da classificação de doentes, que o número de enfermeiras num turno aumenta ou diminui. Por outro lado "este" SCD, só tem algum significado se existir oportunidade por parte das enfermeiras de classificarem os doentes recentemente entrados. Porque só a partir do momento em que foi feita a "avaliação inicial" do doente, isto é, só a partir do momento em que foram colhidos dados, que permitam fazer uma caracterização das necessidades e dos hábitos daqueles doentes, é que se pode «classificar» o doente, por graus de dependência.

Este aspecto faz com que o número de enfermeiras que estão num determinado turno, dependa do tipo de doentes que estão internados nesse mesmo turno, mas cuja dependência se avalia através de uma norma que decorre do método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável, bem como o aspecto contido nessa mesma norma onde se define que a referida «avaliação inicial» deve ser realizada durante as primeiras 24 horas após o acolhimento do doente.

Quando isto não é possível por dificuldade das enfermeiras que trabalham acima da média considerada aceitável ², o que vai acontecer é que o número de horas de cuidados

1 Sistema de classificação de doentes - uma forma de categorização dos doentes, de acordo com o seu grau de dependência em cuidados de enfermagem (HDA).

2 Referir a relação entre as horas de cuidados necessários e as horas de cuidados possíveis, tendo em consideração os recursos.

necessários diminui. Se diminui o número de horas de cuidados necessários, (falsamente em nossa opinião), diminuirá o número de enfermeiras disponíveis naquele turno, para prestarem cuidados aos doentes internados. O que faz com que consequentemente diminua a capacidade de prestação de cuidados globais, a todos os doentes que tem a cargo, havendo então a necessidade de enfatizar os cuidados aos doentes dependentes, que são aqueles que necessitam de cuidados com maior visibilidade, digamos assim.

Um dos meios para o desenvolvimento desta “estrutura” são os registos ¹ elaborados pelas enfermeiras.

Os significados destes registos / destas informações que a enfermeira vai alinhando naquilo que habitualmente se designa por "pasta" do doente, são vários para a enfermeira que os produz - estes registos são uma forma da enfermeira demonstrar que perante as necessidades daquele doente ou daquele grupo de doentes, planeou um conjunto de acções, executou esse conjunto de acções, e avaliou a(s) resposta(s) da(s) pessoa(s) a essas mesmas acções. Este é um aspecto que permite organizar o trabalho de forma sistematizada, por parte das enfermeiras, pois a partir do momento em que regista os dados colhidos na "folha" de avaliação inicial e a coloca na pasta do doente, passa às etapas seguintes, que são analisar os dados colhidos e fazer os diagnósticos de enfermagem. Segue-se a prescrição das acções específicas para cada doente, em instrumento próprio que se designa por "plano de cuidados" ². A enfermeira que desenvolveu esta estratégia, teve a oportunidade de conhecer melhor aquele doente, e como tal ficou ela responsável pelos cuidados globais durante todo o internamento. Quanto a nós deveria possibilitar-lhe uma forma de poder relacional a valorizar.

Como a lógica da acção é esta, sempre que na passagem de turno, ou durante o turno, é necessário verificar ou controlar o planeamento, através da execução dos cuidados do início ao final do turno, a "pasta" do doente relativamente a este conjunto de informações, é um instrumento primordial para as enfermeiras. Mas não o é só para as enfermeiras, é-o também para os médicos (tendencialmente) enquanto grupo de actores que também utiliza muito esta mesma «pasta» dos doentes.

Sobre esta questão (da gestão deste instrumento de trabalho pelas enfermeiras e pelo médicos) falaremos mais adiante.

¹ Registos – informação escrita que permite a continuidade dos cuidados.

² plano de cuidados - instrumento de trabalho das enfermeiras onde operacionalizam o «planeamento» dos cuidados, de acordo com as diferentes etapas do «processo de enfermagem»: Avaliação inicial sistematizada através do diagnóstico de enfermagem e o Planeamento, através da definição de objectivos e prescrição das acções de enfermagem a desenvolver.

A enfermeira habitualmente procura a informação que lhe permite prestar cuidados de forma mais adequada, essencialmente nos referidos instrumentos de registo - o plano de cuidados e as notas de evolução ¹.

A organização dos cuidados parte com alguma visibilidade das necessidades efectivas dos doentes internados, acontecendo uma situação que é esta - há um grande intercâmbio entre, conforme veremos numa outra dimensão mais adiante, o conjunto de acções desenvolvidas pelas enfermeiras em parceria com as desenvolvidas pelas auxiliares. Isto porque se faz uma certa associação (em termos do simbólico), entre os cuidados que são prestados à pessoa (doente), de acordo com os três níveis de dependência anteriormente

referenciados. Relativamente aos doentes independentes e parcialmente dependentes, as auxiliares iniciam quase de imediato os cuidados com a alimentação e com a higiene e conforto (por delegação da enfermeira), procedendo à arrumação e limpeza do espaço físico que corresponde à unidade do doente.

Relativamente aos doentes totalmente dependentes, esta situação não é tão rápida porque são doentes conforme também já dissemos, que necessitam de um período de tempo mais alargado da enfermeira junto deles.

De qualquer forma podemos fazer uma interpretação a estes modos de organizar o trabalho da enfermeira no processo de cuidados, que é a que advém, pela própria organização do serviço naquilo que é "estrutural" a essa organização e que tem a ver não só com o trabalho da enfermeira, mas também na interdependência com o trabalho dos outros actores, conforme analisamos na dimensão: "campos de acção..."..

Tradicionalmente o trabalho das enfermeiras está mais directamente relacionado com o das auxiliares, no que respeita às questões da "higiene / limpeza", na medida em que a limpeza das unidades dos doentes só aconteça depois das "higienes", fazendo com que a actividade dos médicos só se iniciasse, após os requisitos referidos estarem satisfeitos, (Pearson e Vaughan, cf. p.79-80).

O processo de cuidados que observámos, mostrou-nos uma outra lógica decorrente dos indicadores que temos vindo a interpretar, onde apesar de existir a interdependência, a condição anteriormente referida nem sempre é um aspecto prioritário, não porque as pessoas não privilegiem as questões da limpeza e do bem estar e a arrumação física, mas porque se procura privilegiar essencialmente o bem estar do doente.

¹ notas de evolução - registos sobre a evolução dos doentes relativamente às respostas humanas às prescrições de enfermagem, numa perspectiva de reavaliação da situação de saúde/ doença da pessoa. Neste sentido muitas vezes se verifica uma certa ocupação do espaço físico em simultâneo por enfermeiras, médicos e auxiliares, sendo que os médicos desenvolvem essencialmente a observação daqueles doentes que já se encontram em condições de serem observados, isto é, com os "cuidados físicos" terminados por parte da enfermeira e/ou auxiliar.

Isto faz com que se interprete também, por parte do trabalho organizado e desenvolvido pelas enfermeiras, em que não há exclusivamente a preocupação em desenvolver um conjunto de acções standard, num determinado tempo limite Mintzberg (cf. p.110). Esse conjunto de acções são desenvolvidas de acordo com as necessidades dos doentes, não

havendo um horizonte temporal que defina até quando esses mesmos cuidados devem ser desenvolvidos.

No entanto, e de acordo com o outro nível de princípios organizadores, que há pouco referenciávamos como fazendo parte da "estrutura de relações" da organização do processo de cuidados, faz com que, este período de tempo não seja como é óbvio ilimitado. O que na perspectiva da « dualidade estrutural » em Giddens (p.140), se pode entender como um peso maior atribuído à «significação» enquanto propriedade da interacção, do que à « norma », enquanto propriedade da estrutura, atribuindo-se à primeira o papel de mediadora.

Habitualmente por volta do meio da manhã, começa a haver uma outra fase (...) "dos modos de organizar o trabalho pelas enfermeiras".

É uma fase em que as enfermeiras fazem alguns registos relativamente às acções desenvolvidas até aqui. Procuram fazer alguma avaliação das respostas das pessoas aos cuidados prestados.

Dão continuidade à prestação de cuidados, preparam a terapêutica, bem como o carro com o material para avaliação dos sinais vitais, por forma a poderem fazer essa avaliação no período que antecede a refeição tanto das próprias como dos doentes.

Aqui há uma lógica, novamente de repetição, isto é, o que organiza a preparação deste tipo de actividades, não são habitualmente as necessidades individuais dos doentes, mas sim a resposta à referida "estrutura" de cuidados.

É também um espaço de trabalho que as enfermeiras utilizam para reorganizar os cuidados aos doentes que têm a cargo. Muitas vezes é neste espaço que colhem mais informações relativamente aos doentes, informações essas fornecidas por outros actores,

do processo de cuidados, (tanto os médicos como a secretária de unidade ¹).

A lógica da organização dos grupos para o pequeno almoço ou para o café, é idêntica agora para o almoço, sendo aquilo que foi o princípio organizador dos cuidados até à hora da preparação da terapêutica da hora do almoço, que é o facto da enfermeira "responsável", ² com a saída para o almoço, habitualmente saiem de cada vez duas enfermeiras para almoçar, ficam outras duas no serviço que irão almoçar quando as primeiras regressarem.

Nesta situação os organizadores do trabalho são outros. Estas duas enfermeiras (que ficam no serviço), ou sózinhas ou acompanhadas por uma auxiliar, (a de «apoio»),

começam a organizar os cuidados de forma genérica e inespecífica, a todos os doentes que estão internados no serviço. Cuidados, cuja lógica de execução tem que ver apenas e só com a observação imediata de determinados aspectos relativos aos doentes, bem como a execução de cuidados de outro tipo - ou seja avaliação do estado de limpeza dos doentes e no caso de serem dependentes, da roupa da cama do doente, podendo mesmo efectuar-se a mudança da roupa da cama ou do doente que eventualmente esteja suja, (Pearson e Vaughan, cf. p.79) e (Kérouac et al, cf. p.94-95). Outro conjunto de acções que é desenvolvido pelas enfermeiras (independentemente se são as enfermeiras responsáveis ou não), prende-se com a mudança de posicionamento, segundo prescrição da enfermeira responsável, mudança de posição que pode ocorrer na cama ou com transferência do doente do cadeirão para a cama se o doente estiver sentado.

A avaliação da funcionalidade dos sistemas de perfusão endovenosa, bem como da quantidade de soro a administrar, caracteriza também o trabalho das enfermeiras, nesta estrutura.

É importante reflectir sobre este conjunto de acções que saiem da lógica da organização do trabalho, tendo como principio organizador, o método de distribuição de trabalho por «enfermeiro responsável», (forma de prestar cuidados planeados de forma sistemática),

¹ Secretária de Unidade - funcionária administrativa que responde pela organização burocrática da «gestão dos doentes», no que concerne a doentes entrados e doentes com alta clínica ou transferidos, bem como na marcação de exames complementares de diagnóstico tanto interna como externamente ao hospital. Dá ainda resposta às necessidades de deslocação de doentes para o exterior do hospital, através do pedido de transporte.

² Enfermeira responsável - enfermeira a quem pela metodologia de distribuição de trabalho por «enfermeiro responsável», avalia as necessidades dos doentes, planifica as acções; executa as acções e coordena todo este trabalho.

que quanto a nós entra na lógica de preparar os doentes em termos "físicos" para receberem as visitas, visto que o primeiro horário das visitas aos doentes internados é exactamente às 14 horas.

Este é de novo o aspecto já anteriormente referido na perspectiva do paradoxal, em que no discurso se preconiza uma determinada filosofia (a da missão da organização) e na prática se adequa e se desenvolve uma outra lógica de trabalho. Sendo esta mais próxima da realização de tarefas, cuja finalidade não questionamos estar de acordo com a necessidade de resposta ao "grupo" de doentes internados (que representam as necessidades, ou a procura) e o "grupo" de enfermeiras e auxiliares (representando os recursos, ou a oferta), mas numa perspectiva puramente de racionalidade da eficácia e não da resposta à "singularidade" dos indivíduos envolvidos.

Estes cuidados são prestados por estas enfermeiras até determinado ponto do serviço, no espaço que medeia entre a saída das duas enfermeiras para almoçar e o regresso do almoço. Verifica-se aqui a permuta, ficando as enfermeiras que almoçaram e descendo as outras duas.

Encontramos aspectos a realçar, no que diz respeito à perspectiva de ser o doente o centro da organização dos cuidados, ou não! Parecendo-nos que não, na medida em que o que determina a «acção» das enfermeiras é o tipo de trabalho e a quantidade do mesmo, não sendo valorizados aspectos de individualização desses mesmos cuidados, podendo ser factores desta situação, a sobreutilização das enfermeiras pela inadequação da relação horas de cuidados necessários / horas de cuidados possíveis.

A partir das 14 horas, habitualmente as enfermeiras estão todas no serviço, e acontece um outro princípio organizador do trabalho, extremamente importante relativamente à continuidade dos cuidados. Não há dúvida que encontramos a lógica do saber experiencial para a construção do processo de cuidados, para além da lógica do saber abstracto - interessa-nos sobretudo compreender as ligações e os hiatos, entre os diferentes tipos de saber (Dubar, 1991, cf. 158).

Já foi referenciado pela utilização das enfermeiras no início de cada turno, mas «nesta hora» é quando a enfermeira "responsável" ou "substituto" faz a classificação dos doentes que teve a cargo, para as próximas 24 horas, permitindo assim a referida gestão de pessoal de acordo com o número de horas de cuidados necessários, lembrando nós no entanto que, durante o turno da «manhã» deverá ter sido feita a colheita de dados, que permita a avaliação inicial do doente por forma a que ele possa ser classificado e "entrar" já no SCD.

Para além desta classificação, a enfermeira faz a actualização das prescrições de enfermagem no plano de cuidados, podendo esta ser dirigida apenas e só às prescrições de enfermagem no âmbito das acções ou podendo haver mesmo alteração dos diagnósticos de enfermagem bem como dos objectivos, que decorrem desses mesmos diagnósticos.

Em complementaridade com este tipo de registos, é feito um outro, (notas de evolução) que privilegia sobretudo as respostas dos doentes às referidas prescrições de enfermagem, e em que a avaliação feita deveria depender exactamente, da resposta que os doentes dão às acções executadas. No entanto, e pela análise de alguns dos registos, o que se verifica é que as enfermeiras utilizam muito mais este espaço de registo para descrever a situação genérica em que o doente se encontra, levando por vezes à repetição da informação que se encontra noutros espaços próprios para registo, na «pasta » do doente,

dando também neste espaço alguma informação relativamente aos cuidados desenvolvidos e a desenvolver nos turnos anteriores e seguintes, no que concerne às prescrições de determinadas acções de enfermagem. Havendo aqui muito a ênfase nas acções inerentes às funções interdependentes.

O espaço social e temporal em que estes registos acontecem, caracteriza-se ainda por um outro factor, que é a ocorrência, em termos de simultaneidade temporal com a "hora das visitas" ¹.

As enfermeiras ao ocuparem os «espaços físicos» estratégicos para a realização do trabalho, como por exemplo, gabinete de enfermagem e o posto de atendimento, ficam desta forma «disponíveis » para atender os familiares dos doentes.

Este atendimento dos familiares dos doentes é feito não só no sentido da colocação de questões da situação desses mesmos doentes mas pode ser aproveitado por parte dos familiares, para a solicitação de alguns cuidados que consideram que o seu familiar necessita. Este período de tempo é muitas vezes utilizado pela enfermeira para colher dados junto da família, que não é possível colher junto do doente, essencialmente informações sobre os hábitos do doente antes do internamento.

¹ Hora das visitas - existem três períodos nas 24 horas em que os doentes podem receber a visita de familiares e amigos, por períodos que variam entre os 30 e os 60 minutos. O primeiro período de visitas é aquele que nos interessa em termos de investigação, é o que ocorre entre as 14 e as 15 horas.

Isto faz com que seja «uma hora», de grande intensidade de trabalho e onde a atenção das enfermeiras está efectivamente muito dispersa, deixando-lhes pouco espaço para a reflexividade na acção, que nos parece de desenvolver, por ser um momento onde se (re)analisa; e se (re)planificam as acções.

Numa lógica de valorização do doente como centro do processo de cuidados, que as próprias enfermeiras parecem assumir (consciência discursiva), verifica-se que parecem não ter "consciência prática" desta valorização.

Isto porque, estes registos poderiam eventualmente ser elaborados ao longo do período de serviço, e grande parte deles com a colaboração efectiva dos doentes na realização dos mesmos, seguindo um pouco a lógica do que acontece na passagem de turno, e áquele que é o fundamento principal para que a passagem de turno se realize da forma descrita.

As enfermeiras quando questionadas sobre não realizarem os registos ao longo do turno, e essencialmente junto do doente, referem dois factores. Um deles parece estar sempre presente como constrangimento - a quantidade de trabalho, mas por outro lado referem um outro, que tem que ver com a sobreutilização, digamos assim, por parte do médico, das "pastas" do doente, visto que sensivelmente entre as dez da manhã e as 13 - 13.30h da tarde, as "pastas" estão sob a utilização dos médicos, que as utilizam como um dos principais instrumentos de trabalho, durante a sua permanência no serviço.

O método de distribuição por "enfermeiro responsável" tem, na lógica das enfermeiras, como principal vantagem permitir estabelecer e desenvolver uma relação mais estreita entre a enfermeira e o doente, bem como com a família do mesmo, podendo fazer emergir o já referido poder relacional.

Um dos aspectos que emerge da observação empírica, é que de facto a enfermeira que tem o chamado "doente de processo" conforme veremos mais adiante, conhece melhor, sabe melhor dar respostas às solicitações que lhe são dirigidas em relação a esse mesmo doente, mas questionamo-nos sobre um aspecto que nos parece não ser totalmente conseguido, que é a questão de um conjunto grande de informações que o "enfermeiro responsável" possui, dos "seus doentes de processo", e que não são transcritos para a continuidade dos registos, isto porque muita desta informação, fica na posse do "enfermeiro responsável" que como não está sempre presente no processo de cuidados, se constitui numa lacuna de informação que por vezes dificulta a continuidade dos cuidados.

Esta situação faz com que se possa interpretar este facto como uma dificuldade acrescida ao desenvolvimento do processo de cuidados de uma forma íntegra e não descontínua. Visto que pode aqui identificar-se uma lacuna no que diz respeito à passagem da informação individual à informação colectiva, naquilo que Giddens refere como a "Intenção Comunicativa", tão importante enquanto indicador de análise da "dualidade estrutural" referida pelo mesmo autor, (1996;p.137), no sentido em que é produzido significado como elemento da "interacção".

Porque, mesmo que na passagem de turno alguma desta informação seja veiculada, se ela não fica registada não vai ser possível a sua mobilização na altura adequada e se adequada.

Na lógica da continuidade da estrutura de relações por nós referida, que temos vindo a caracterizar, cerca das 15 horas «é o tempo» de terminar o horário de visita dos familiares aos doentes, «é o tempo» de terminar ou de quase terminar a elaboração dos registos por cada uma das enfermeiras, porque se impõe dar cumprimento a mais uma das nor-

mas inscritas na referida estrutura, a preparação e administração da terapêutica das 15 horas.

Esta «última» hora de serviço do período da «manhã», é uma hora com grande azáfama, porque as enfermeiras além de prepararem e administrarem a terapêutica das 15 horas aos seus doentes, verificam simultaneamente determinados aspectos que corroboram e completam a avaliação global do trabalho naquele turno.

Alguns destes aspectos derivam ainda da prescrição, não só de enfermagem, mas também de outros técnicos. Como exemplos das prescrições de enfermagem que são avaliadas nesta hora, temos os aspectos relacionados com a satisfação das necessidades humanas básicas: o posicionamento dos doentes, a verificação da satisfação ou não da necessidade de eliminação vesical e intestinal, bem como relativamente à apreciação da necessidade humana básica segurança, naquilo que caracteriza o bem estar, o estado emocional e o estado de consciência dos doentes que a enfermeira tem a cargo.

No que toca à prescrição derivada de outros técnicos, temos sobretudo a avaliação / verificação da funcionalidade das perfusões, bem como a confirmação de realização ainda no dia ou nos dias seguintes de exames complementares de diagnóstico, essencialmente os que exigem preparação do doente. Verificando-se uma vez mais a grande ênfase colocada na "rotina", habitualmente encontrada nas unidades de internamento hospitalar.

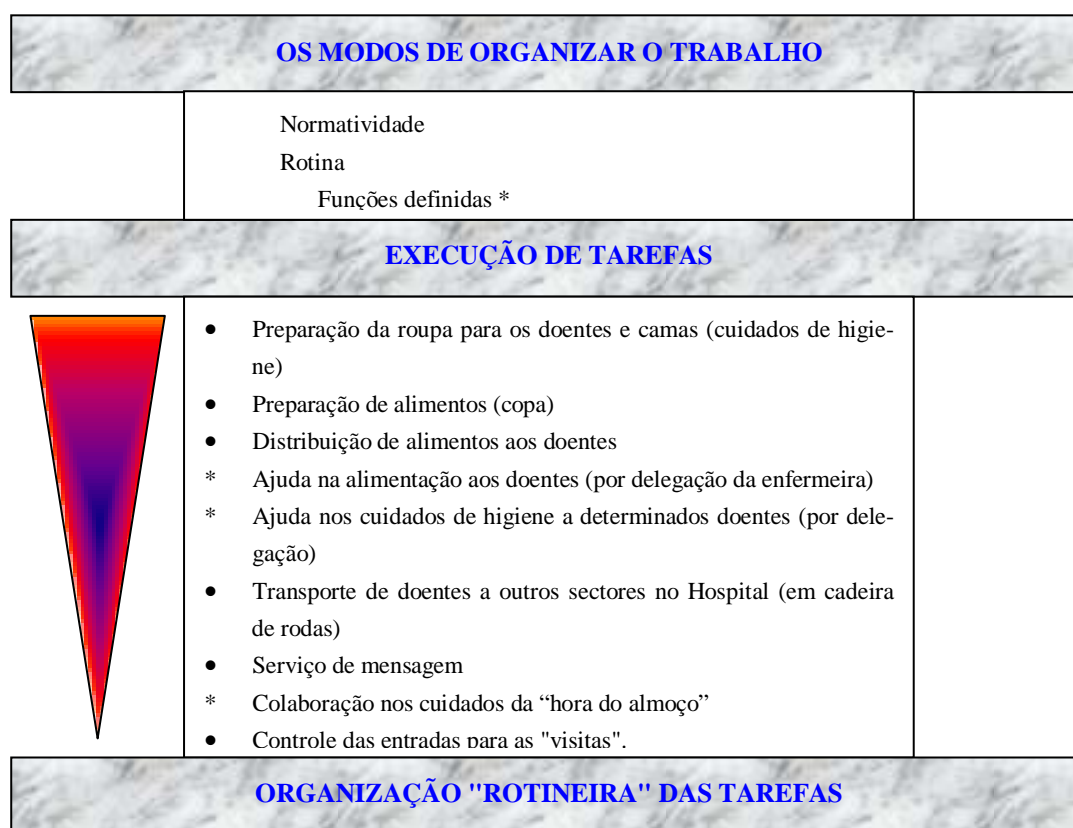
Nesta hora completam-se os registos no que concerne à referida continuidade dos cuidados, sendo de salientar que neste período existe também, é um dos raros momentos em que existe alguma interacção entre as enfermeiras e estas e as auxiliares. Caracteriza-se, esta interacção, pela partilha de informação que foi colhida por cada uma nalguns momentos de interacção com os doentes, ao longo da segunda parte do turno, isto é, a seguir ao almoço e que se situa essencialmente a nível da informação por parte das auxiliares, relativamente às necessidades básicas de alimentação e eliminação.

Por volta das 16 horas acontece de novo a passagem de turno, em que as enfermeiras que passam o turno e as enfermeiras que o recebem, se deslocam de novo junto dos doentes, munidas das «pastas» que contêm toda a informação registada, e onde os dados de cada um dos doentes são transmitidos numa perspectiva de continuidade de cuidados.

Damos continuidade a esta análise, reflectindo sobre:

Um dia na Unidade de Internamento com as auxiliares, apresentando como organizador a figura 6, onde podemos verificar que existe uma organização rotineira do trabalho, sem qualquer mecanismo de retro-alimentação, mas essencialmente de reprodução.

Figura 8 - Um dia na unidade de internamento com as auxiliares.



* A auxiliar de "apoio" desenvolve teoricamente estas tarefas, mas no "processo real" existe uma grande diluição, desenvolvendo estas tarefas, a auxiliar que estiver mais disponível, no momento em que a sua colaboração é necessária.

No que respeita às auxiliares, referem-nos que a sua principal preocupação, no início do turno "...é fazer camas..." (C2). Outra das preocupações que nos referem prende-se com a satisfação de algumas necessidades humanas básicas dos doentes, como sejam a alimentação. As auxiliares são as responsáveis pela preparação e distribuição dos alimentos e pela ajuda aos doentes, em quem as enfermeiras lhes delegaram essa mesma ajuda. Outro aspecto extremamente importante prende-se com o facto de na "Manhã" ¹, serem sempre duas auxiliares, e portanto uma está de "apoio" e outra de "limpeza". Como já dissemos anteriormente a que está de apoio é a que está na segunda "Manhã".

Esta "distribuição" é do conhecimento das enfermeiras que normalmente logo no início do turno, transmitem às auxiliares a informação dos doentes cujos "banhos" (cuidados de higiene e conforto) são as auxiliares a fazer e não as enfermeiras. Esta estratégia acontece sempre da mesma forma na perspectiva das auxiliares.

De acordo com o que já relatámos anteriormente, as formas de organização do trabalho das auxiliares, são essencialmente decorrentes das "normas" e da "rotina". As funções estão definidas no serviço, o que implica que o seu campo funcional não produza incertezas em relação àquilo que habitualmente fazem. Sempre que existe alguma alteração, no âmbito da intervenção das auxiliares directa ou indirectamente com os doentes, as decisões dessa mesma alteração passam sempre pelas enfermeiras, "responsáveis" ou coordenadora, (Amendoeira, cf. p.125).

Relativamente à limpeza o que está definido é que a auxiliar deve responder e deve organizar o seu trabalho de acordo com as necessidades de limpeza do «espaço físico» do doente, ou directamente ligadas com os doentes. Visto que a limpeza do «espaço físico» não directamente ligado aos doentes, é realizada por uma equipa de uma empresa externa à unidade. A nós, interessou-nos a observação das acções desenvolvidas pela auxiliar de "apoio".

Assim, logo no início da «manhã», as auxiliares providenciam o arranjo da roupa necessária para cada doente e para cada unidade de doente, distribuindo-a exactamente em cada um dos «espaços físicos».

Conforme já referimos também na lógica da organização do trabalho, as auxiliares "fazem as camas" dos doentes independentes. Habitualmente uma das auxiliares faz este tipo de acções enquanto que a outra prepara os pequenos almoços, para depois em conjunto fazerem a distribuição dos mesmos pelos doentes.

¹ Manhã - turno das 8 - 16 horas

A seguir à distribuição dos pequenos almoços, a auxiliar está "dependente" da orientação que as enfermeiras lhes derem, relativamente ao tipo de ajuda que os doentes internados necessitam, competindo-lhe a ela (auxiliar) para além da distribuição dos alimentos, a ajuda ou a supervisão da alimentação a alguns doentes, de acordo com a ajuda que estes necessitam (avaliação, da responsabilidade da enfermeira).

É também um pouco nesta lógica que as enfermeiras responsáveis por cada grupo de doentes, distribuem às auxiliares os doentes de "ajuda parcial" a quem elas podem ajudar nos cuidados de higiene e conforto, no chuveiro ou na banheira.

Como podemos compreender, a organização do trabalho das auxiliares, está sempre muito dependente daquilo que é a organização do trabalho das enfermeiras, que por sua vez decorre do "tipo de doentes" que se encontram internados no serviço, bem como de outros aspectos que verificámos anteriormente. O trabalho tem na nossa perspectiva uma grande componente derivada da "normatividade" e da "rotina".

Outro exemplo do que é norma na organização do trabalho das auxiliares, é o transporte de doentes para a realização de exames complementares de diagnóstico dentro do hospital, sempre que os doentes necessitem de ser deslocados em cama.

Ainda durante o nosso período de observação verificou-se alteração a esta norma, tendo passado o transporte destes doentes a ser feito pelos maqueiros.

Isto, por ser mais um factor perturbador para a continuidade da organização do trabalho das auxiliares, no âmbito do processo de cuidados.

Ainda no âmbito das normas definidas para a organização do trabalho, há um conjunto de actividades que são desenvolvidas pelas auxiliares, como seja por exemplo o serviço de mensagem, que se caracteriza pela deslocação aos serviços específicos afim de transportar material, equipamento, produtos farmacêuticos, isto é, deslocar-se aos diferentes serviços de apoio ao serviço de internamento. O interesse da valorização destes aspectos reside no facto de que são acções que se constituem como "cuidados indirectos" aos doentes internados.

Após a distribuição da alimentação e às respectivas "ajudas" aos doentes, enquanto que uma vai almoçar, a outra permanece no serviço, para colaborar com as enfermeiras nos cuidados da "hora do almoço" aos doentes internados, já antes caracterizados.

Cerca das 14 horas compete às auxiliares, fazer a "gestão das visitas", no que concerne à entrada, permanência no serviço e saída, das pessoas que visitam os doentes.

Uma das auxiliares habitualmente desempenha esta actividade, enquanto que a outra desenvolve outro tipo de actividades, que entretanto vão surgindo.

Digamos que uma interpretação da designação que é atribuída às auxiliares de acção médica, acabe por merecer alguma reflexão. Todo o "auxílio" que este grupo de pessoas desenvolve no serviço, tem essencialmente a ver com a "ajuda" aos doentes internados no serviço, mas numa lógica de colaboração muito mais intensa com as enfermeiras do que propriamente com os médicos, (Freidson, cf. p.124-125 e Amendoeira, cf. p.125).

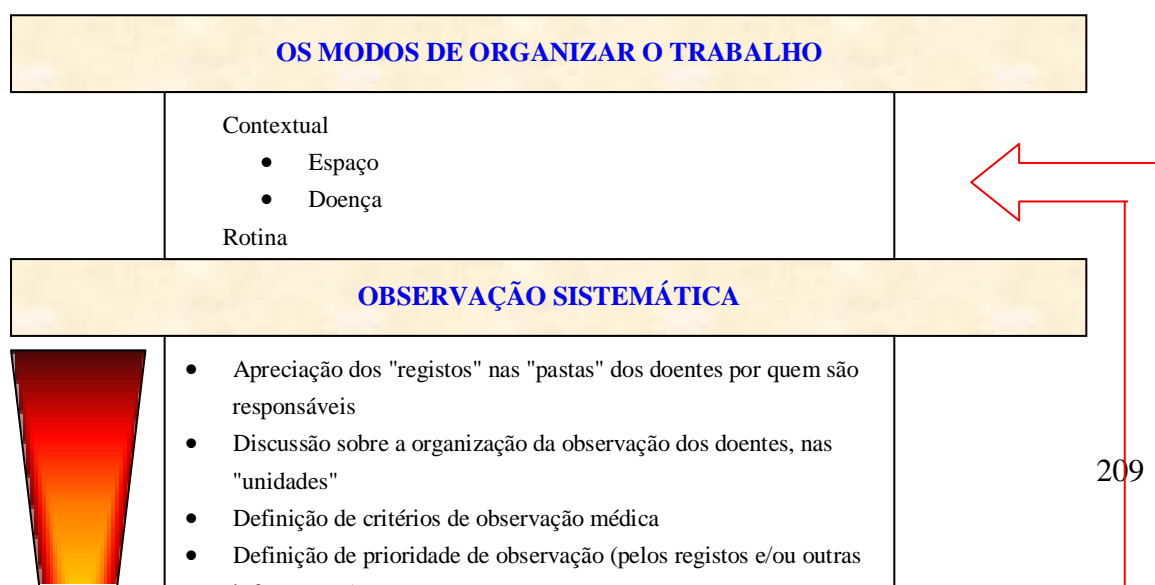
Esta designação, parece-nos enraizada no facto de a organização do trabalho no hospital ser tida como medicocêntrica, razão pela qual é explícita esta designação e é ainda por

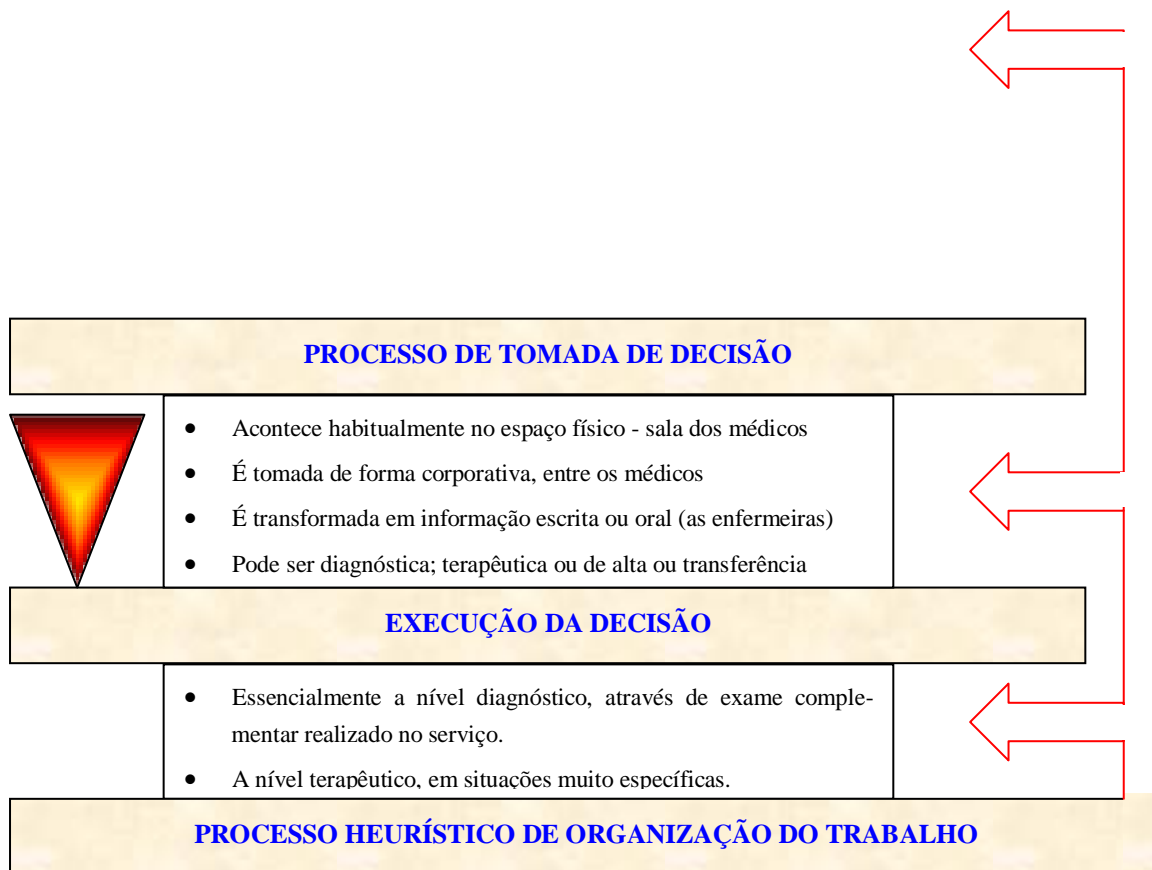
vezes implícita a "função da enfermeira como auxiliar do médico", essencialmente na forma como o estatuto social e reproduzido do exterior da organização para o interior da mesma.

Em relação a *Um dia na Unidade de Internamento com os médicos*, mostramos a figura nº 7, que comentamos em seguida.

Pela figura, podemos constatar a importância atribuída pelos médicos à rotina e ao contextual, como categorias que contribuem para o processo heurístico de organização do trabalho, essencialmente centrado na observação sistemática, no processo de tomada de decisão e na execução de decisão, que não estando ausentes no "processo heurístico" atribuído às enfermeiras, tem no entanto lógicas diferentes deste.

Figura 9 - Um dia na unidade de internamento com os médicos.





* Características da organização de trabalho diferentes entre as equipas médicas.

A organização do trabalho médico segue uma mesma lógica, mas utilizando e mobilizando estratégias diferentes, de acordo não só com a "organização" do trabalho, mas também com os agentes que o protagonizam.

Passamos a descrever uma e outra estratégia para depois podermos interpretar alguns dos princípios da organização, e que influência terá na produção de cuidados.

O «espaço físico » é o critério de distribuição dos doentes pelas duas equipas médicas existentes.

Uma das equipas é responsável pelos doentes que se situam da cama 1 à cama 15; e a outra equipa é responsável pelos doentes que se encontram da cama 16 à cama 31.

Acontece que, numa das equipas as duas médicas que a constituem desenvolvem o trabalho em parceria, porque quando chegam ao serviço organizam as "pastas" dos doentes por quem são responsáveis, e dirigem-se ao «espaço», habitualmente designado por

"sala dos médicos", onde fazem uma apreciação através de cada uma das "pastas", de cada um dos doentes que têm a cargo.

Ainda na "sala dos médicos" acordam sobre a estratégia que vão seguir para a observação dos doentes, de forma sistematizada. O contacto com os doentes é feito por ordem da "sua localização" no espaço físico do serviço.

Esta equipa define os critérios de observação, - o estado geral atendendo aos parâmetros - sinais vitais, sinais e sintomas, a terapêutica que o doente está a fazer, bem como os exames que já foram realizados ou que estão para ser realizados.

Quando existem doentes em situação piorada ou agravada, esse é um critério de observação prioritária. Esta situação é habitualmente informada pela enfermeira "responsável" pelo doente.

O médico ao fazer esta observação sistemática do doente, usa as "pastas" que suportam a informação, sendo por vezes acompanhado pela enfermeira coordenadora da unidade.

Simultaneamente à avaliação da situação clínica, o médico valoriza as queixas dos doentes, no que se pode exemplificar pelo seguinte: “ havia uma solicitação da enfermeira para ser avaliada a possibilidade de uma doente, se ausentar do serviço durante o fim de semana, para estar com a família. A médica responsável fez a avaliação da situação da doente, verificando se de facto a senhora podia deslocar-se a casa ou não. A decisão final foi tomada sem haver, digamos a participação da doente, era uma pessoa consciente e foi tomada com o critério médico referindo que era preferível evitar que a doente corresse riscos desnecessários (que não especificou), bem como a necessidade de realização de mais exames complementares de diagnóstico, para esclarecimento da situação”, o que nos parece consonante com o referido por Freidson (cf. p.121).

O resultado desta observação sistemática é de imediato registado na "pasta" do doente, essencialmente na folha de diário clínico.¹ Após esta observação as médicas deslocam-

¹ Diário clínico – impresso para registo médico da avaliação diária da observação sistematizada pelo médico em relação às manifestações (sinais e sintomas) directamente relacionada com a patologia/doença. -se de novo para a sala dos médicos, onde discutem as situações dos doentes, com ênfase nas situações que necessitam de decisão terapêutica. (Parece-nos que há um «espaço de produção social de cuidados» que é construído a partir destas situações), (cf. p.122).

Ilustrámos com um exemplo em que, após a tomada de decisão, a médica responsável informa a enfermeira coordenadora, no sentido de a enfermeira «responsável» preparar material para a execução de um exame (toracocentese) ¹.

Um dos aspectos que é valorizado aquando da avaliação dos doentes, pelos médicos, é a informação que é registada pela enfermeira relativamente à avaliação dos sinais vitais, nos períodos e momentos que antecedem o período da "manhã" (isto é, no turno da "tarde" - 16-24 h e no turno da "noite" às sete da manhã).

Estas médicas a quem temos estado a fazer referência, fazem também uma utilização explícita do registo de enfermagem a outros níveis, mobilizando para a observação e para a avaliação da evolução, os registos de enfermagem que se constituem nas "notas de evolução", de cada um dos doentes que têm a cargo, parecendo-nos ilustrar uma dimensão relacional diferente entre os actores (médicos e enfermeiros) (cf. p.122).

Caracterizando a forma de organizar o trabalho por parte da outra equipa médica, a lógica da "visita" ao doente é a mesma, passa também pela procura da observação sistemática, mas a estratégia de organização desse mesmo trabalho, não é exactamente igual.

De uma forma geral as duas médicas também conversam ainda e logo no início da manhã na sala dos médicos, a maior parte das vezes sem as "pastas" dos doentes. O trabalho a seguir é alicerçado na organização de uma observação individualizada junto a cada doente, em que após as "pastas" terem sido trazidas para a "sala dos médicos, aí permanecem, e é a médica que após cada observação realizada se dirige à «sala» para fazer o respectivo registo. Significando isto que, por reter por períodos longos a «pasta» do doente, dificulta a utilização por parte da enfermeira, (como vimos antes).

Independentemente desta estratégia de organizar, a avaliação e a observação dos doentes é feita de igual modo. Não sendo diferente por exemplo o conteúdo e a forma dos registos da observação efectuada. Tal como descrito anteriormente, esses registos, são realizados essencialmente na folha de Diário Clínico, e tanto num caso como no outro os dados são relativos à doença / patologia, mobilizando os médicos, essencialmente as

¹ Este constitui-se num «acto» médico desenvolvido no sentido da clarificação do estado clínico do doente.

manifestações relacionadas com a patologia que o doente apresenta, como por exemplo - "mantém afasia e hemiplegia à direita. Auscultação pulmonar com murmúrio vesicular mantido, mas mais na base", e transcrevendo para este local, alguns dados que já se encontram registados após avaliação pelo enfermeiro em local próprio, como sejam os dados relativos aos sinais vitais. (temperatura axilar; pulso; tensão arterial).

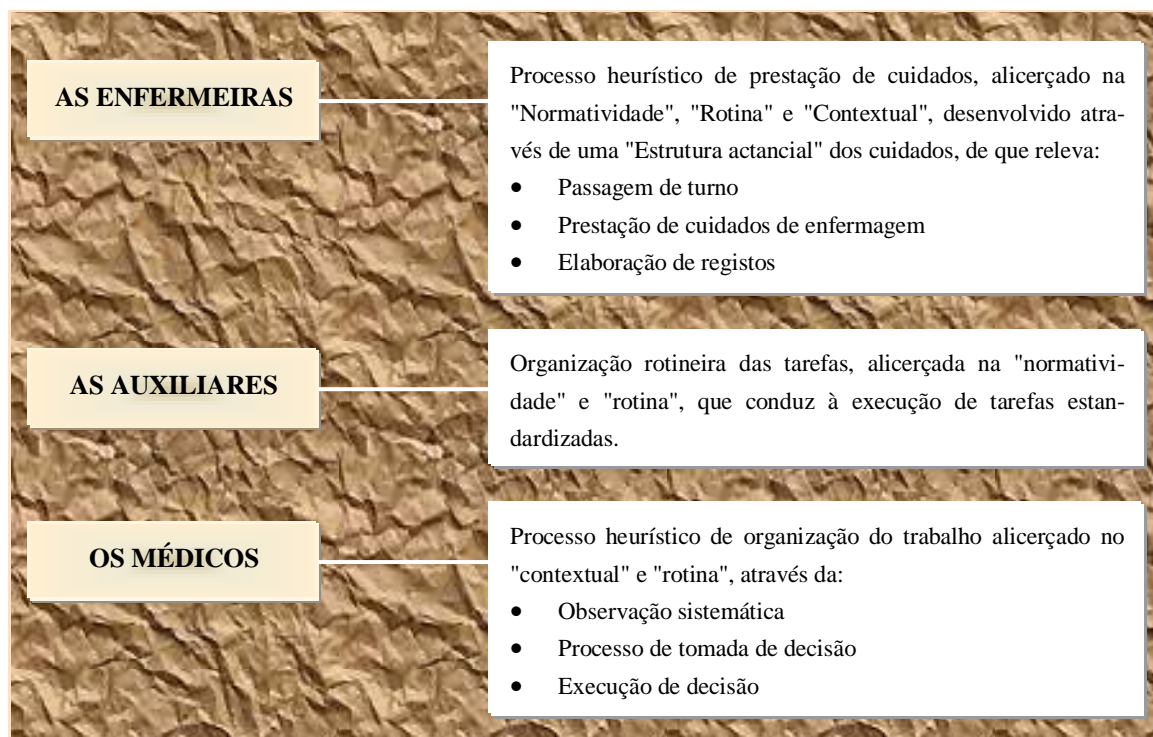
Um dos aspectos que caracteriza estas duas estratégias de organizar o trabalho médico, é que enquanto na primeira há uma interacção mais visível e operacionalizável entre as

médicas e as enfermeiras, não só pela mediação dos actores em situação, mas em que "os registos" são também um mediador importante nesta segunda esta interacção é praticamente invisível no que concerne à mediação pelos actores, sendo de difícil avaliação se o mesmo se passa quanto aos "registos" enquanto mediadores. A interacção resume-se a alguns momentos esporádicos, durante este período de observação e trabalho médico na enfermaria, digamos, de momentos onde se referem alguns aspectos que têm que ver com a continuidade dos cuidados aos doentes internados.

A análise comparativa dos três diagramas apresentados, permite-nos elaborar um esquema interpretativo das diferentes lógicas de organizar o trabalho, através dos "modos" que os diferentes actores utilizam.

Apresentamos o esquema que comentamos em seguida.

Figura 10 - Análise comparativa dos diferentes modos de organizar o trabalho na unidade de internamento.



5), numa perspectiva de desenvolvimento de uma estrutura da acção, desenvolvida em locais diversificados e envolvendo actores vários (Berthelot, cf. p.161), numa lógica que nos parece de standardização das qualificações (Mintzberg, cf. p.105) e onde a organização pode ser entendida tal como Crozier e Friedberg (cf. p.97), em quatro dimensões base: Divisão de tarefas, distribuição de papéis, sistema de autoridade e sistema de comunicação.

No que concerne aos médicos, o processo heurístico da organização do trabalho, parece centralizado em duas categorias (rotina e contextual), o que nos parece ser consonante com o referido por Strauss (cf. p.91), quando se refere ao facto de a organização de trabalho médico ser essencialmente centrada na doença (reducionista), com uma visão hospitalocêntrica e não tendo o doente como actor central, o que parece perpetuar a autoridade dos médicos (Freidson, cf. p.121).

Em relação às auxiliares, verificamos a existência de uma organização rotineira do trabalho, próximo da standardização de tarefas (Mintzberg, cf. p.89), em que são valorizados essencialmente a normatividade e a rotina, como modos de organizar as tarefas, demonstrando que as mesmas não são controladas pelas próprias, mas sim na dependência de outros, consonante com o referido por Freidson (cf. p.124).

A missão da organização

Independentemente da valorização que é dada, nas dimensões anteriores, também houve sempre uma certa referência á questão de que a organização tem um determinado estatuto, que lhe é atribuído pelos diferentes actores, de forma diferente mas em que por exemplo é dito “...a filosofia da instituição é importante porque aponta para um conjunto de valores, para um conjunto de regras, para um conjunto de normas que de facto orientam a intervenção dos diferentes actores no dia a dia.”(A4)

Neste sentido, identificámos três categorias nesta dimensão - ***Modelos de cuidar; Identidade sócio-profissional e Socialização.***

No que respeita aos ***modelos de cuidar***, pelas enfermeiras, é atribuído um significado implícito à necessidade de adequação dos cuidados às necessidades e aos hábitos dos doentes (cf. p.93-94), a quem prestam cuidados, o que na nossa perspectiva permite discutir a relação entre o modelo biomédico e os «modelos de cuidar», (Meleis, cf. p.86-87-88).

Esta adequação não se situa só ao nível de um campo exclusivamente autónomo, mas liga-se antes demais com o campo de acção das enfermeiras naquelas duas categorias que foram essencialmente identificadas nessa dimensão - "autonomia" e "Interdependência".

Por outro lado o que se verifica também é que a consciência que as enfermeiras têm em termos de discurso do modelo que as guia na prática, (modelo teórico), não parece ser

um modelo perfeitamente centrado naquilo que é a essência da enfermagem, em que a "pessoa" é de facto o centro das intervenções, mas poderá haver aqui uma partilha dos valores relativamente aos modelos humanistas, com os valores inerentes ao modelo biomédico, (Pearson e Vaughan, cf.p.79). Por exemplo, quando a enfermeira nos diz "...o doente tem que ser visto no sentido daquelas situações imediatas, ou de emergência que o doente nos apresenta ou que nós suspeitamos..." (A2), isto pode ter que ver de facto com os princípios inerentes ao modelo biomédico. Mas não só, pois a mesma enfermeira refere logo em seguida que "...um doente independente pode até necessitar mais da minha presença do que um doente dependente." (A2)

Parece ser emergente um sentido da valorização, ou a atribuição de um sentido da valorização da "pessoa" enquanto "pessoa", (Meleis, cf. p.86-87) e (Kérrouac, cf. p.95).

Em relação à doença, diz uma outra enfermeira "...que se guia muito por isso, muitas vezes não só os sintomas que o doente apresenta surgem muitas vezes como sinais de emergência, ou urgência, e então eu atendo primeiro a essas situações, isto é às queixas que o doente apresenta."(A2)

Numa dimensão individual identificamos alguns aspectos que clarificam os "modelos de cuidar" ao estabelecerem relação, ou não, com a "missão da organização", essencialmente no que concerne aos valores assumidos explicitamente pela organização e integrados ou não pelos diferentes actores ¹.

Por exemplo a importância que é atribuída por algumas enfermeiras ao "auto-cuidado", no sentido de ser importante na reeducação do doente e na melhoria do seu estado e no seu grau de dependência, quando por exemplo a enfermeira valoriza o facto de em cada

1 Valores subjacentes à enfermagem: Valor da pessoa (o ser humano é integral-corpo, espírito, social e circunstâncias. Quando uma das partes sofre, todo o ser sofre). Valor da vida (a vida do homem é continuada através da vivência de várias fases de um ciclo vital individual). Valor do amor-(todo o ser humano tem capacidade de dar e receber amor). Valor da Solidariedade (Quando a pessoa está doente, a família está doente. Os «outros» e a família podem contribuir com a força anímica e a esperança no futuro). HDA dia ser diferente (o processo de cuidados), isto de acordo com a situação do doente e a intervenção mais imediata ou não de acordo com as suas necessidades, sempre que a enfermeira consegue fazer isto, o que se relaciona quanto a nós com a categoria "contextual" anteriormente analisada.

Saindo desta "dimensão" mais individual, é interessante compreender o significado que é atribuído pelas enfermeiras ao facto de considerarem que actualmente a enfermeira tem uma actuação que se caracteriza por ser mais individual. Entendemos isto quando nos dizem "... as pessoas vêm ao serviço, só vêm os seus doentes, não os vêm na globalidade nem no seu todo, no conjunto." (A2)

Podendo isto ser consubstanciado pelo facto de que “...se o doente solicita a ajuda de alguém, porque está o soro para mudar ou porque está com sede, muitas vezes acontece que o enfermeiro vai avaliar se o doente pode beber água ou não, (o enfermeiro responsável não está) e é nessa perspectiva que eu penso que o doente às vezes fica prejudicado”. (A3)

Mais uma vez este aspecto é importante que se compreenda, porque parece existir aqui uma crítica implícita ao método de distribuição de trabalho por "enfermeiro responsável", que pela questão da "normatividade", aponta para o facto de que a enfermeira deve prestar cuidados sózinha ao doente, solicitando apenas colaboração para a prestação desses cuidados, quando estritamente necessário. As enfermeiras consideram que esta mesma «norma», que institucionaliza o trabalho mais individualizado pode contribuir para um certo "individualismo", aqui entendido como isolamento no desenvolvimento das acções.

As enfermeiras parecem também atribuir um significado de "humanização" dos cuidados ao facto de demonstrarem que são as responsáveis pelos cuidados aos doentes que têm a cargo. Por exemplo, quando acolhem um doente, quando "recebem" os doentes (passagem de turno), se identificam ao doente como sendo a enfermeira que "vai ficar com ele" até ao final do turno.

Este parece ser um significado atribuído pelas enfermeiras, no sentido da prestação de cuidados humanizados, centrada efectivamente na "pessoa" que apresenta necessidades específicas e problemas singulares.

Outro aspecto que nos parece também importante em termos de significado atribuído pelas enfermeiras, é o facto delas considerarem que há doentes que apesar de precisarem da nossa ajuda, “...precisam sobretudo de ser estimulados; estão naquela fase em que nós os tentamos estimular, isso às vezes prolonga um bocadinho as coisas. Mas eles têm efectivamente que ser estimulados”(A4) “...estes são habitualmente os doentes (...), aquelas «pessoas» que precisam realmente do meu tempo a 100%, e em que muitas vezes até precisam de uma auxiliar, ou quem sabe até de outra enfermeira.” (A4)

Repare-se que, nesta lógica aqui referida pela enfermeira, emerge um significado diferente daquele que é atribuído na dimensão anterior pelas auxiliares, à ajuda.

As enfermeiras não consideram que as auxiliares as ajudem, mas sim que ajudam os doentes que necessitam efectivamente dos cuidados.

Outro aspecto ainda, que nos parece poder significar a utilização de um modelo de cuidar que se centre cada vez mais na «pessoa», é o facto de uma enfermeira sentir, conforme diz “...eu tenho um conjunto de doentes, mas diz-me muito a pessoa, cada uma das pessoas e por

isso eu tento criar um ambiente o menos hostil possível e vou por isso procurar ser, receptiva, ser simpática, para eles e perante isto não significa que tenha que ser sempre condescendente.” (A4)

Este é, digamos, um aspecto extremamente importante na perspectiva de um "modelo de cuidar", porque um dos princípios que subjazem à utilização de modelos de cuidar em enfermagem, é que efectivamente as energias, as capacidades, as potencialidades das pessoas, sejam utilizadas na sua recuperação pelas próprias pessoas e portanto a enfermeira tem aqui um papel importante no sentido de mobilizar essas mesmas energias, esses mesmos recursos que o doente eventualmente apresenta. É consistente com o postulado por Kérrouac (cf. p.94-95), no que concerne ao "cuidar com a pessoa", bem como considerarmos a enfermagem como "processo interpessoal", onde o cuidado é humanístico e não mecânico, (Meleis, cf. p.86).

Os médicos no que respeita à questão relacionada com os "modelos de cuidar", referem que aconteceu uma inflexão no que era anteriormente mais valorizado na relação médico / doente, para o que é actualmente. Parece haver aqui uma referência à questão de medicina científica e tecnológica, em relação à humanista (cf. p.122).

Apontam como principal "responsável", por isto, a sobrecarga de trabalho e a diminuição do número de efectivos. Dizem mesmo que “...porque nós em termos da observação dos doentes, da atenção não é em termos de os tratar, mas em termos de conversar com eles, saber o que é que eles pensam. Há uns anos, o hospital tinha menor afluência, e então eu notava que havia mais esse tempo para fazer isso. Eu sabia mais coisas do doente, da família deles, o que é que eles faziam, hoje em dia, nós não temos tempo para esse tipo de conversa, é só conversar sobre a doença...”(B2).

O que é que aconteceu? Nesse aspecto a estrutura influencia porque, como há uma carga de trabalho maior, faz com que o "modelo de cuidar" seja influenciado por essa carga de trabalho, mas em que poderá também existir relação com maior importância atribuída pelos médicos à "doença" e a menor atribuída aos "doentes", paradigma reducionista (Strauss, cf. p.91 e cf. p.122).

Parece-nos extremamente importante (re)introduzir, em termos de análise o que caracteriza, digamos, os valores da organização - Pessoa; Vida; Solidariedade e Amor - bem como o que está definido como princípios de organização e de gestão dos cuidados de saúde neste hospital, e que são utilizados no serviço, campo de investigação. Outro aspecto a relacionar com estes, é o subsistema de enfermagem ¹ no que concerne ao modelo teórico ² preconizado e aquilo que dele decorre para o processo de organização do trabalho, nesta unidade e que referimos largamente no âmbito das duas primeiras dimensões.

Outro actor aqui envolvido nesta lógica de investigação, e no que respeita a essa questão do modelo de cuidados, são as auxiliares, embora não o referindo de uma maneira muito explícita, dizem-nos de forma muito clara que: “...nós muitas vezes não podemos dar esse apoio aos doentes (independentes) porque os outros, os doentes mais dependentes, ocupam-nos(...) até por exemplo um doente dependente (que esteja acamado), que necessite de «uma ajuda total», mas que consiga conversar, tem sempre muita necessidade de conversar. Nós muitas vezes é que não podemos” (C2).

No entanto, as auxiliares, parece valorizarem bastante esta questão porque consideram que é positivo que na «Missão» do hospital estejam explícitos os valores, os princípios, aquilo a que de facto os doentes internados têm direito, havendo uma aproximação entre os valores e os conhecimentos destes com os dos doentes, (Freidson, cf. p.125).

A questão que se nos coloca aqui, refere-se ao tipo de "saberes" que são mobilizados pelas auxiliares ("saberes práticos" de acordo com Dubar, cf. p.158), directamente ligados à lógica instrumental do trabalho e não relacionados com saberes teóricos, reflexão que realizámos anteriormente e que em nossa perspectiva nos aponta para a necessidade dos saberes teóricos serem valorizados na formação/socialização das enfermeiras.

No que respeita à *Identidade sócio-profissional*, é interessante verificar que as auxiliares não fazem qualquer referência que possa ser incluída nesta categoria, (Freidson, cf. p.124). C. Dubar (1991) considera que a aprendizagem experiencial contribui para o desenvolvimento de competências complexas, que participam no desenvolvimento das identidades socioprofissionais. Estas são caracterizadas como formas de construção das

¹ Subsistema de enfermagem - Assente em três aspectos chave: 1- Missão: Promover os melhores cuidados de enfermagem aos doentes, através de um Sistema de Prestação de cuidados flexível, promotor da competência técnica e relacional e da aplicação de processos inovadores do cuidar, que conduzam à satisfação do cliente e do aperfeiçoamento contínuo dos enfermeiros. 2 - Estrutura: Enfermeiro chefe e equipa, constitui uma unidade de gestão de cuidados. A organização do trabalho, é por enfermeiro responsável, com autonomia para as tomadas de decisão relativas às funções específicas referentes ao processo de cuidar. 3 - Estratégia: Modelo de gestão participada por objectivos. Cada equipa definirá os seus objectivos a partir do projecto individual de desempenho de cada enfermeiro.

² Modelo Teórico – as bases conceptuais dos modelos das necessidades e actividades de vida, permitiram construir um “modelo de prestação de cuidados inserido na “missão da organização”.

identidades pessoais, implicam a interacção entre as trajectórias individuais, os sistemas de emprego, do trabalho e da formação. Cada configuração elementar está associada a um tipo de "saber", estruturando a identidade e constituindo a matriz das lógicas da acção social e das racionalidades específicas.

Esta parece-nos ser uma forma de compreendermos o facto anteriormente assinalado, em complementariedade com o tipo de "saberes" característicos destes actores (auxiliares), em que não existe formação teórica, mas em que a socialização profissional (no

trabalho) é a única e exclusiva forma de integração dos referidos valores e princípios organizacionais.

Provavelmente contribuirá também o facto de as auxiliares não se considerarem como grupo profissional instituído, na medida em que ao aprenderem um papel, o fazem essencialmente para dar resposta às "rotinas" que constituem o desempenho "exterior", (Berger e Luckmann, cf. p.113). Para além de que, conforme poderemos ver um pouco adiante, em relação aos dados que construímos, não se consideram como um grupo de pessoas que seja valorizado pela própria organização. Por exemplo quando referem que "...quando fazemos alguma coisa incorrecta, somos chamadas à atenção(...), mas nunca ninguém nos diz nada quando tudo é feito de acordo com as regras e as normas de que temos estado a falar."(C2)

Não significa isto que referências idênticas não aconteçam por parte de outros profissionais, mas relativamente a este aspecto da **identidade socio-profissional**, que ligámos com a «Missão» da organização, por uma questão muito simples que pode ser simultaneamente muito complexa - a identidade individual com um conjunto de valores, crenças que cada pessoa, neste caso cada enfermeiro, cada médico ou cada auxiliar tem individualmente, e a partir do momento em que assume a importância de valores, de princípios, de normas, que existem na organização, importa compreender se de facto essas normas, esses valores, essas crenças são adoptadas (integradas) pelos indivíduos já não só numa dimensão individual, mas se terão passado ou não para uma dimensão colectiva, passando por um processo de legitimação social (cf. p.113).

As enfermeiras, por sua vez parecem atribuir importância a esta categoria, ao atribuírem significado à questão das identidades.

"...a instituição tem determinadas regras(...), nós estamos a trabalhar em função do doente, pelo menos eu consigo organizar muito do meu trabalho em função do doente..."(A3). O que poderá eventualmente fazer-nos supor a importância que é atribuída a uma identidade colectiva e não apenas à dimensão individual. E isto porquê?

A rigorosa adesão aos valores comuns não traduz uma qualquer dissolução da individualidade, mas testemunha a eficácia do controlo social e o elevado grau de interdependência entre os membros do grupo, (Boudon, cf. p.161) aspecto que analisaremos em seguida. Para o mesmo autor, um elevado grau de interdependência entre os indivíduos, tem efeitos no «colectivo», semelhantes aos provenientes do tradicionalismo e fraca capacidade de inovação.

A mesma enfermeira diz-nos que "...penso que não se valorizam muito os aspectos essenciais dos doentes, nós enfermeiros é que estamos, é que observamos, é que estamos junto do doente 24 horas (...) se

o enfermeiro não interiorizar os aspectos inerentes à missão da organização, ou por outra se não vier já com esses conceitos interiorizados da escola, (...) penso que há um choque.” (A3).

Este choque pode acontecer em termos de identidade, em termos do que a pessoa acredita individualmente, e o que a organização tem definido como «missão». A visão processual das organizações (Hosking, cf. p. 107), suporta a análise que fazemos no âmbito das categorias apontadas pelo referido autor (p.107).

As enfermeiras atribuem uma grande importância à «identidade profissional», “...se a pessoa (o enfermeiro) não vem com aquele espírito, com aquela perspectiva de actuar de determinada forma, de estar junto do doente, não é só a instituição (organização) que irá mudar a maneira de ser individual” (A3), numa perspectiva da importância da organização (se na perspectiva das organizações qualificantes (cf. p.109), enquanto «socializadoras» e promotoras do processo de legitimação e de identidade em termos de reprodução do conhecimento, (cf. p. 109).

Já no que respeita aos médicos, consideram que “...não me parece que a organização tenha grande influência, sobre a forma como os médicos se vêem enquanto grupo profissional, (...) apenas terá influência na medida em que existe pouco pessoal.”(B2). Na nossa perspectiva esta é uma manifestação de «poder» que os médicos consideram possuir, o que na perspectiva de Freidson (1994) caracteriza uma profissão - direito exclusivo de realizar um determinado tipo de trabalho, o controlo sobre a formação e o acesso, bem como o direito de determinar e avaliar a forma como o trabalho é realizado, considerando-a como princípio ocupacional de organização do trabalho. O que nos parece consistente com o preconizado por Crozier e Friedberg (cf. p.98), quanto às fontes de poder. Ainda para este autor, o poder profissional centra-se nas dimensões: autonomia; monopólio do conhecimento e nas credenciais, (Rodrigues, 1997, p.51).

Por outro lado, porque existem constrangimentos organizacionais, “...o trabalho da pessoa (médico) é influenciado, (...) por exemplo não é considerado tempo útil do médico para formação...” (B2), sendo esta uma preocupação manifestada pelos médicos, como veremos na categoria "socialização", onde é considerado que a formação pós inicial é essencialmente feita nas organizações, mas entre pares. Parecendo-nos existir aqui a consciência de que a organização é importante, porque influencia, porque constrange, mas em que se assume esta importância só como factor negativo.

Esta é uma vez mais uma questão dos "saberes", das competências e do conhecimento científico, que numa perspectiva de análise através do interaccionismo simbólico, nos permite compreender que já não basta medir quanto de conhecimento teórico/abstracto possuem determinadas profissões, avaliado pelos anos de formação, mas perceber as

condições sociais que permitiram que uma ocupação reivindicasse, alcançasse e depois mantivesse uma particular competência / expertise, (Rodrigues, 1997, p.112), consistente com Freidson (cf. p.121).

A relação entre poder e saber, analisada nesta perspectiva pode permitir compreender a transformação do conhecimento científico em instituições, em funções ou papéis sociais concretos, o que no nosso estudo adquire um interesse relevante, pois desta forma poderemos compreender este fenómeno ligado à enfermagem.

No que respeita à **Socialização**, entendendo a organização como problema e na perspectiva da ênfase no processo de organizar (Crozier e Friedberg, cf. p.108 e Hosking, cf. p.95), onde existe (ou deve existir) a ênfase naqueles que executam, entendendo-se execução com o sentido de serem capazes de avaliar, planejar, executar e tornar a avaliar, procurámos também compreender até que ponto é que os diferentes actores valorizavam o seu papel, no sentido da "socialização" profissional, de novos actores (Berger e Luckman, cf. p.111; Lesne e Minvyelle, cf. p.111). E se o valorizavam de maneira isolada ou de maneira complementar.

Relativamente às enfermeiras, o que apontaram no discurso, tem que ver com a sua própria vivência da "socialização" na organização, e portanto é interessante verificar que por exemplo, consideram "...a organização do trabalho centrada na doença tem a ver com a experiência de trabalho, ao longo da minha actividade profissional como enfermeira..."(A2). Esta "socialização", advém da interiorização de determinadas normas, de determinadas crenças de determinados valores, que interessa compreender na lógica da relação entre os diferentes "saberes", (Stöer, cf. p.108), que passam por processos de instituição e legitimação (cf. p.113).

Pela afirmação anterior, parece estarmos perante a influência que a formação / socialização no e pelo trabalho tem, neste grupo profissional, fazendo com que por vezes seja influenciado, e altere o seu processo de trabalho no que concerne à relação entre os "saberes teóricos" e os "saberes profissionais" (C. Dubar, cf. p.158).

Partindo para um outro principio organizador do trabalho das enfermeiras - **o método de distribuição do trabalho**, numa perspectiva de socialização, tal como referimos anteriormente, relativamente ao desenvolvimento de um certo "individualismo", as enfermeiras consideram que "...a socialização pelo método de distribuição de trabalho por enfermeiro responsável (pode fazer com que), por vezes se caia num certo individualismo..."(A2).

Esta referência faz-nos pensar na questão anteriormente referida, quanto à "normatividade" que nos parecia ter pouca importância atribuída na perspectiva das enfermeiras.

Pensamos assim, porque apesar das enfermeiras valorizarem a "missão da organização", onde poderemos inserir as «normas» e os «valores» da organização, parecem agir através da operacionalização de valores individuais não completamente consonantes com os da organização.

Uma questão que se nos coloca, situa-se no âmbito da eventual dissonância entre os saberes teóricos e os saberes profissionais, em que os saberes organizacionais (C.Dubar, cf. p.158), ao invés de funcionarem como mediadores podem ser geradores de tensão e conflito? É uma questão que procuraremos reflectir mais completamente adiante.

É interessante verificar por exemplo que os médicos não atribuem significado à "socialização" a não ser aquela que é feita «com» os seus pares, no que respeita a esta questão da organização do trabalho. Eles referem mesmo que "...não há qualquer «socialização» pré-profissional no que respeita à organização do trabalho. O que sabemos, aprendemos com os colegas mais velhos no hospital"(B1).

Este aspecto, permite reflectir a importância atribuída à formação (numa lógica curricular), por interpelar explicitamente o trabalho ou mesmo (re)conceptualizá-lo (Correia, cf. p.27), mesmo numa profissão onde a formação valoriza essencialmente os "saberes teóricos", mas onde as mudanças (curriculares) têm ocorrido essencialmente centradas na dimensão «profissionalizante» pela aproximação da formação ao trabalho, (cf. p.121), parecendo-nos contributivo para a compreensão da evolução da formação de enfermeiros, numa lógica de identidade do campo de competências (cf. p.110-111).

Já a opinião das enfermeiras relativamente às auxiliares, é interessante porque as enfermeiras são de opinião que os processos de organização do trabalho por parte das auxiliares, são diferentes actualmente, para melhor. Atribuem esse facto à influência da formação, de que as auxiliares têm sido alvo, mas referem que também tem a ver com o próprio tempo de exercício profissional no serviço, o que parece ser consonante com o referido por Amendoeira (cf. p.125).

Referem mesmo que "...esta melhoria da qualidade de cuidados, tem-se baseado essencialmente na melhoria da capacidade de observação das AAM..." (A3). Isto na perspectiva de «ajudarem» o doente.

"...nem todas têm essas mesmas capacidades, para avaliar determinadas situações, mas quando o conseguem fazer facilitam a intervenção do enfermeiro junto do doente," (A--)

Esta perspectiva parece querer significar que a própria "socialização" das auxiliares, é feita não só pelos seus pares, não só através da relação de trabalho que se estabelece

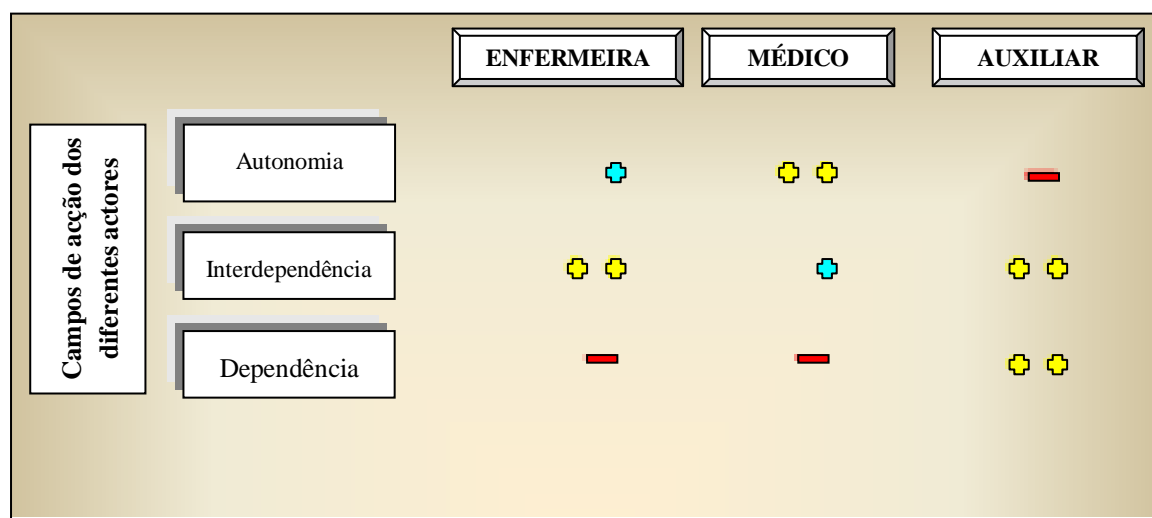
entre elas, mas também muito na relação de trabalho que se desenvolve entre elas e as enfermeiras.

Para consubstanciar tudo isto, tanto as enfermeiras quanto as auxiliares, consideram que é extremamente importante existir por parte da organização aquilo que designam por "filosofia institucional". No sentido em que a existência dessa filosofia constituída pelas regras, pela normas, pelos valores, aqui designados por Missão, tem grande importância, mas que não deve ser imposta.

Uma vez mais, nos parece estarem presentes os aspectos que caracterizam a ênfase no processo de organizar, em que o sentido é da «base para o topo» e não do «Topo para a base» (Hosking, p.107).

Na figura seguinte, pretendemos ilustrar a síntese, onde relacionamos as três dimensões emergentes neste tema - Processos de organização do trabalho - com as diferentes categorias e a forma como os diferentes actores se posicionam, de acordo com os sentidos atribuídos.

Figura 11 - Sentido atribuído pelos actores do processo de cuidados, às dimensões e categorias emergentes dos PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO



Modos de organizar o trabalho	Normatividade	++	+	++
	Rotina	++	++	++
	Contextual	++	+	+
Missão da organização	Modelos cuidar	++	+	-
	Identidade	+	++	-
	Socialização	++	-	++

Legenda:				
Sentido atribuído		Forte	Fraca	Nula
		++	+	-

Síntese do capítulo 2

Conforme verificamos, no que concerne aos "campos de acção dos diferentes actores", os médicos atribuem um sentido forte à "autonomia", aparentemente ligado à tomada de decisão, enquanto as enfermeiras lhe atribuem um sentido fraco não parecendo valorizar adequadamente o instrumento (Sistema de Classificação de Doentes) que lhes permite classificar os doentes quanto ao grau de dependência, para validar as acções no campo autónomo, sendo nulo para as auxiliares.

Já no que respeita à "interdependência" tanto as enfermeiras como as auxiliares atribuem-lhe um sentido forte, sendo fraco por parte dos médicos. Em relação aos médicos parece acontecer pela relação com o prestígio social do grupo profissional para além da organização.

As auxiliares consideram estar dependentes na sua acção, tanto da acção das enfermeiras como da normatividade, o que conduz à ausência de zonas de incerteza, sendo esta uma categoria de sentido nulo para as enfermeiras e para os médicos, o que promove a existência de zonas de incerteza na acção destes dois grupos profissionais. Verifica-se

que a interdependência entre enfermeiras e médicos, se desenvolve em torno duma perspectiva medicalizada e medicocêntrica da organização do processo de cuidados, sendo de grande visibilidade a interdependência com base no modelo de cuidados que organiza a acção.

As auxiliares, por não serem as próprias a controlar o seu trabalho, encontram-se numa situação de dependência, tanto das enfermeiras como das normas.

Quanto aos "modos de organizar o trabalho", verificamos que é atribuído um sentido forte à "normatividade", por parte das enfermeiras e das auxiliares, sendo fraco por parte dos médicos, o que nos parece ligado com a legitimação dos poderes, numa lógica do estatuto transorganizacional onde o prestígio médico lhe atribui um estatuto social diferente do dos outros actores.

Já no que concerne à "rotina" todos os actores lhes atribuem um sentido forte, mas com valorização de sinais diferentes, pois enquanto os médicos a valorizam positivamente os enfermeiros não. A isto parece estar associado o facto de os primeiros valorizarem a reflexividade na acção, ao passo que as segundas não o demonstram tão claramente, apesar de ambos desenvolverem o trabalho com base num processo heurístico (figura 5 e 7), o que só por si deve conduzir à necessidade das enfermeiras considerarem a importância da reflexão na acção, como estratégia para a transferência de saberes em termos de competência, sendo a organização do trabalho, ela própria produtora de competências. As auxiliares, dão-lhe o sentido de ser organizador do trabalho, pela repetição do conhecido, figura 6.

Em relação ao "contextual", é atribuído um sentido forte pelas enfermeiras, alicerçado na "organização" do trabalho como problema, em que se procura que o doente seja o centro do "processo" (modelo humanista), o que mostra a capacidade das enfermeiras se adaptarem às situações e não o contrário, podendo ser um ponto forte a valorizar na potencialização de reflexividade na acção, e no agir em situação. Os médicos, valorizam o sentido do contextual ligado à "doença", e não à pessoa ou à organização (modelo reducionista).

Quanto às auxiliares, o sentido atribuído ao contextual é fraco, na medida em que como vimos o trabalho é organizado rotineiramente e na procura de dar resposta às solicitações do momento, não possuindo estes conhecimentos que lhes permitam impôr-se aos grupos profissionais ou à organização. O que na perspectiva do tecido das interdependências, enquanto actores, não encontram margem de escolha individual, o que impõe limites à sua liberdade de escolha.

Já no que concerne às enfermeiras a valorização do poder através da classificação dos doentes por vários graus de dependência, parece ilustrar o facto de as enfermeiras ocuparem muito tempo com os doentes mais dependentes de cuidados, ficando com pouco tempo para escutar os doentes parcialmente dependentes e independentes, que passam a ser escutados essencialmente pelas auxiliares.

A "Missão da organização", mostra-nos que relativamente aos "modelos de cuidar" é atribuído um sentido forte por parte das enfermeiras, pensamos por entenderem como guias à sua prática quotidiana, os conceitos e valores próximos do modelo humanista (cuidar), quando se referem essencialmente aos princípios presentes na "estrutura actancial" do processo de cuidados.

Os médicos, atribuem um sentido fraco aos modelos, o que quanto a nós fica a dever-se ao facto de indirectamente valorizarem algumas das dimensões da "Missão da organização", pois o modelo de cuidados que preconizam é basicamente o de «cura» no âmbito do modelo biomédico. Sugerem também como principal factor para uma certa "desumanização", a quantidade de trabalho.

As auxiliares, não atribuem qualquer sentido aos modelos de cuidar, parece-nos que por mobilizarem essencialmente saberes práticos, e bem assim pelo facto de os conhecimentos e valores que possuem, se situarem próximos dos valores e conhecimentos dos doentes, considerados pelos profissionais como profanos.

Quanto à categoria "identidade socio-profissional", verificamos um sentido ausente por parte das auxiliares, o que pode significar a não existência de identificação com critérios profissionais, por não possuírem qualificação teórica que lhes permita participar no tecido de interdependências no processo de cuidados, numa perspectiva de participação livre e que permite a escolha dos processos.

Os médicos atribuem um sentido forte, mesmo de corporativismo, conforme verificamos na descrição de "um dia no internamento com os médicos", o que é consistente com a análise sociológica de Parsons, onde o poder socialmente reconhecido, parece ter enorme influência na eficácia do controle social que este grupo ainda exerce na legitimação do "poder médico" socialmente reconhecido.

As enfermeiras, apresentam uma fraca identidade socio-profissional, o que pode estar ligado a alguma dissonância entre os valores individuais e os valores organizacionais. Parece-nos que esta situação se poderá relacionar também com o movimento que se tem vindo a fortalecer, no sentido da transformação do conhecimento em enfermagem, instituído como conhecimento específico, promotor de competências específicas que enfor-

mam o poder de uma profissão, nas dimensões: autonomia; monopólio do conhecimento e no credencialismo.

Quanto à categoria "socialização", verificamos que tanto as enfermeiras como as auxiliares, lhe atribuem um sentido importante, em relação com a missão da organização, embora nos pareça com sentido diferentes. As enfermeiras, numa clara valorização dos saberes organizacionais como contributivos para a qualidade dos cuidados. As auxiliares, numa lógica de "normatividade" em que é através da "missão da organização" que aprendem os valores, as normas, enfim que são socializadas.

Os médicos não atribuem sentido à socialização nesta dimensão, considerando que a "sua socialização" se faz com os médicos mais velhos, com quem trabalham.

Neste sentido, surge-nos uma questão que importa mobilizar: Será que os saberes organizacionais, ao invés de funcionarem como mediadores, são geradores de tensões e conflitos entre os saberes teóricos e profissionais?

3 - INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO

O processo de cuidados entendido como situação social onde actores, actividades e local, são três dimensões indispensáveis, faz emergir uma dimensão extremamente importante em todo este processo que é a interacção social.

A "interacção social", entendida como as relações sociais que se estabelecem no sentido do preenchimento da "estrutura social", que é constituída pelas acções e meios de as desenvolver, adquire uma importância extrema neste processo.

A análise que fazemos, parte da perspectiva de Giddens (1996), na medida em que em toda a interacção existe um interesse constante e uma habilidade para revelar modos de entendimento do comportamento do outro, além da captação da intenção comunicativa - por exemplo na compreensão dos motivos. (p.122)

Considerámos duas dimensões emergentes dos dados que designámos por - *a cooperação dos diferentes actores no processo de cuidados e as estratégias para o exercício das autonomias*.

A relação entre o tema, dimensões e categorias é apresentada no quadro seguinte.

Quadro nº 15 - Relação entre as dimensões e categorias no tema: INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO

DIMENSÕES	CATEGORIAS
A cooperação entre os diferentes actores no processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Interacção/Delegação • Colaboração/Conflito • Hierarquia/Autoridade
As estratégias para o exercício das autonomias	<ul style="list-style-type: none"> • Divisão do trabalho/Poder • A negociação • O jogo/ estratégia

A cooperação entre os diferentes actores no processo de cuidados

No que respeita à *Interacção/Delegação*, verificamos na sequência do que temos vindo a analisar, que existem posturas diferentes da enfermeira, relativamente à sua "interacção" com a auxiliar, levando a um determinado tipo de "delegação" e à sua «interacção» com o médico que faz com que a "delegação" seja de outro tipo.

Há enfermeiras que consideram a questão da delegação na auxiliar como extremamente importante, mas em que essa importância se centra no facto de permitir á enfermeira "ganhar" qualidade em relação aos cuidados a prestar a outros doentes.

O que é que isto significa? Significa que a partir do momento em que a auxiliar colabora / coopera com a enfermeira na prestação de alguns cuidados (por ela delegados) a

determinado tipo de doentes, isso faz com que a enfermeira "ganhe tempo" para poder prestar cuidados de melhor qualidade a outros doentes que necessitem essencialmente de cuidados de enfermagem, o que permite à própria enfermeira controlar o que executa e fazê-lo próximo dos clientes (Mintzberg, cf. p.105). Por outro lado, parece haver uma cooperação entre os actores, com uma visão processual (Hosking; Orton e Weick, cf. p.95).

Há portanto, parece, um sentido de ganho para os doentes, visto que uns não deixam de ter os cuidados que necessitam, e outros têm-nos com a qualidade do técnico que os deve desenvolver, com base em saberes teóricos e profissionais (Dubar, cf. p.158).

Relativamente à "delegação" que existe com o sentido enfermeira/auxiliar, as enfermeiras consideram que esta faz parte de todo o processo de cuidados, mas vai também depender das características de cada uma das auxiliares.

Relativamente à "interacção" com os médicos, é explícito que não há por parte destes, um conhecimento efectivo das competências e da área funcional da enfermeira, o que faz com que haja alguma dificuldade na "delegação" de algumas acções. Ao querer compreender um pouco melhor esta questão, as enfermeiras referem-nos que "...alguns médicos aceitam que em termos de «autonomia» as enfermeiras pratiquem alguns actos que em princípio tinham que ser prescritos mas que podemos fazer esses actos sem essa prescrição, fazendo o médico a prescrição à posteriori..."(A1) "... Mas isto depende de médico para médico...Sobretudo da personalidade dos médicos..."(A1).

Parece-nos haver um aspecto extremamente importante a equacionar, se serão estas as bases para uma verdadeira "autonomia". Sendo a autonomia uma das dimensões do poder (Freidson 1991), parece-nos que esta pode não ser uma forma adequada de utilização do conhecimento teórico das enfermeiras, pois a cientificidade da decisão não será reconhecida pela especificidade, mas sim porque a enfermeira "substituiu" o médico indevidamente. Na nossa perspectiva, apoiados em Freidson citado em Rodrigues (1997, p.66), podemos estar na presença de factores que podem afectar o grau de controle da profissão de enfermagem pelas enfermeiras e que são: o grau de especialização e a complexidade na divisão do trabalho. (Evolução do estatuto - 1952, quando os médicos reconheciam aos enfermeiros a capacidade para desenvolverem algumas técnicas, e hoje completamente ultrapassado pela perspectiva dos saberes teóricos no campo da enfermagem, cf. p.39-40).

A "cooperação" enfermeira / médico é também ainda vista na perspectiva da enfermeira estar a ajudar o médico quando "coopera" com ele e não a cooperar num processo de cuidados que se baseia naquilo que o doente necessita.

Este é também um bom aspecto para interpretação, no sentido do que temos vindo a defender, que o campo autónomo da enfermagem não pode ser construído com base na oposição aos campos autónomos ou interdependentes de outros profissionais, mas sim clarificar-se a especificidade em que se constitui especificamente a sua intervenção.

Nesta situação a "cooperação", vemo-la na perspectiva do "ganho" para a qualidade dos cuidados aos doentes. E, portanto não é uma «cooperação» no sentido estrito dos profissionais se interajudarem, mas que essa interajuda seja um meio para um objectivo final que é a melhoria da qualidade dos cuidados, existindo a necessidade de clarificar os cuidados e as competências (Collière, cf. p.90) e procurando centrar o processo de cuidados no doente.

Desta forma parece-nos importante confrontar aquilo que as enfermeiras consideram como sendo um ganho em autonomia que tem a ver com o facto de não terem necessidade da existência de uma prescrição escrita para poderem desenvolver determinadas acções que à priori são interdependentes. Isto é, que estão «dependentes» dessa mesma prescrição (as acções e não as enfermeiras).

Isto parece-nos extremamente importante questionar para compreender o significado que tem para as pessoas. Verificando-se a importância atribuída às características individuais, como um aspecto importante a reflectir, porque essas características podem facilitar ou dificultar essa mesma atitude de "delegação".

Há auxiliares que provavelmente pela sua "socialização" no serviço, estão em condições de desenvolver as acções inerentes a esta "delegação", de uma forma muito mais consentânea com aquilo que se pretende para o processo de cuidados, e há outras que terão dificuldade exactamente em dar resposta a esta mesma delegação.

Uma questão que seria importante colocar aos enfermeiros é se eles vêm alguma diferença baseada na socialização ou se colocam esta diferença apenas e só na questão das características pessoais.

Podemos observar também que as auxiliares, validam sempre a "delegação" com as enfermeiras, quando o doente é um "doente novo", digamos o "...o doente que não conhecemos e ao qual não sabemos concretamente que tipo de cuidados podemos ou devemos prestar," (C2), e que tipo de ajuda podem ou devem dar. A "delegação" passa sempre por uma validação

desses mesmos aspectos, aguardando a informação por parte da enfermeira para poder desenvolver esses mesmos cuidados.

A consciência discursiva das pessoas, relativamente às questões da cooperação é de que "... não existem problemas decorrentes desta mesma «delegação», isto é problemas que não sejam resolúveis no interior dos próprios grupos onde se verifica essa mesma «delegação»."(A4).

Em termos de interpretação e de confronto com a consciência prática, este será um aspecto a ser reflectido mais adiante visto que nem sempre esta situação de tensão ou conflito é resolvida, na nossa óptica, no âmbito dos referidos grupos profissionais, ou de pessoas (actores individuais) que estão envolvidas no processo de cuidados.

No entanto, por parte das enfermeiras relativamente às auxiliares, é também referido que algumas auxiliares não estão tão despertas para a necessidade da "cooperação/ colaboração" há algumas enfermeiras que referem o facto das auxiliares não colaborarem e terem que ser quase sempre requeridas para a realização de determinadas tarefas que à partida já estariam no âmbito de uma "delegação" implícita.

Este facto parece reforçar a importância da "socialização" que no capítulo anterior trabalhamos, em que quando não existe uma estabilidade na integração das auxiliares na unidade, pode dificultar uma integração adequada à polivalência e flexibilidade que a "missão da organização" exige, (Correia, cf. p.27). Podemos, no entanto, atribuir-lhe o significado atribuído pelos diferentes actores, à sua liberdade, bem como à necessidade, objectivos e necessidades (Crozier e Friedberg, cf. p.96), numa lógica de cooperação entre actores, na categoria "poder" que abordaremos adiante.

A observação empírica permitiu-nos identificar a interacção social no (processo de cuidados) contexto de trabalho.

A "interacção social no processo de cuidados" desenvolve-se entre todos os actores, nos momentos, locais e tempos mais diversos deste mesmo processo de cuidados.

Tem sobretudo a ver com o «espaço social», que se cria de acordo com as necessidades dos doentes internados e as capacidades e competências de cada um dos actores envolvidos no processo de cuidados, entendido como de resolução ou de encaminhamento dos problemas que as pessoas (doentes) têm na realidade.

Iremos reflectir sobre algumas situações contextualizadas na situação social em estudo, ao nível das dimensões e categorias antes referidas.

Fá-lo-emos relativamente à "interacção" que se estabelece entre cada um dos grupos profissionais, isto é entre os indivíduos de cada grupo profissional, e as «interacções

sociais» que se desenvolvem entre os diferentes actores pertencendo a grupos profissionais ou grupos de «pessoas» com actividades distintas nesse mesmo processo de cuidados, entendido por nós como um processo de interacção (Meleis, cf. p. 91), onde o centro de interesse é o doente e os conhecimentos específicos da disciplina são da responsabilidade da enfermeira, sendo esta a responsável por esse processo de cuidados (Pearson e Vaughan, e Lindberg, cf. p.95).

- **Interacção enfermeira / enfermeira**

Verificamos que as características do processo de cuidados, não promovem muito esta interacção quando consideramos como "mediador" a pessoa - enfermeira. Já o referimos anteriormente no que respeita à questão da « metodologia de distribuição do trabalho » como organizador do processo, poder conduzir na opinião de algumas enfermeiras, a uma situação de algum individualismo, sendo esta uma crítica apontada por algumas enfermeiras ao próprio método. Pela nossa observação, verificamos, existem alguns «espaços sociais» onde esta interacção acontece. Como por exemplo os momentos de "preparação de terapêutica", que é feita no mesmo espaço físico (na sala de trabalho das enfermeiras), e portanto isto faz com que haja alguma interacção entre as enfermeiras, sendo elas próprias as mediadoras; outro momento de interacção acontece na «hora dos registos», momento já referido anteriormente e em que as enfermeiras interagem numa forma explícita partilhando informações, discutindo alguns aspectos de maior dificuldade no que respeita sobretudo à decisão sobre os diagnósticos de enfermagem e prescrição de algumas acções de enfermagem (Pensamos ser importante interpretar o significado que as enfermeiras dão a estas atitudes, atrevendo-nos a considerar que o mais importante para elas não é tanto estabelecer diagnósticos de enfermagem que caracterizem o mais fielmente possível «as respostas humanas a uma situação de desequilíbrio que provoca nas pessoas determinadas manifestações», mas antes « cumprir a norma da realização de determinados registos que necessitam ser realizados, mas que pouco traduzem o que aquela pessoa sente». A importância desta reflexão situa-se sobretudo no facto de, ao não ser dada a importância e a valorização desta metodologia ao processo de cuidados do enfermeiro, como é que ele pode dar visibilidade à fundamentação das suas decisões? Outro aspecto importante a equacionar prende-se com facto de se atribuir importância ao «tempo» para a execução de cuidados, atribuindo-se pouca importância ao «tempo » de avaliação e planeamento dos mesmos, o que não acontece por exemplo, na organização do trabalho médico, em que o «tempo » usado para a tomada de decisão é sempre mais longo, que o que é atribuído à execução.). A «hora do café» e a «hora das refeições», são consideradas como «espaços sociais» em que as enfermeiras interagem fora da "produção" directa de cuidados.

Outro momento de "interacção" entre enfermeiras, acontece ao nível da «prestação de cuidados». Quando a enfermeira responsável está a cuidar de um doente, que necessita de mais que uma enfermeira no processo de cuidados, a enfermeira solicita essa mesma colaboração à colega que, na medida do possível, (re)organiza o seu trabalho por forma a poder cooperar.

Esta é uma característica que não observámos no sentido de um planeamento explícito, tem mais a ver com uma situação momentânea de necessidade da enfermeira em prestar cuidados centrados nas necessidades dos doentes valorizando neste aspecto o cuidar, numa perspectiva humanista (cf. p.93-94).

Outro aspecto, também extremamente importante, situa-se a nível da informação relativamente a um determinado cuidado específico,(não tem que ver com a prestação directa de cuidados), em termos da cooperação de um colega com outro, mas situa-se mais na partilha de informação relativamente a alguma actividade ou conjunto de actividades que uma enfermeira já realizou, e que discute com a colega que irá realizar, no sentido desta tomar a decisão mais adequada em relação à forma como irá realizar esse mesmo trabalho. O que se identifica por exemplo com o seguinte: “quando a enfermeira informou uma colega que iria ficar responsável pelos cuidados a uma doente, que necessitava (naquele dia) de retirar os agrames, dizendo que a ferida estava com bom aspecto. Ambas (as enfermeiras) se dirigiram á sala de tratamentos, onde a enfermeira que já tinha realizado aquela actividade mostrou e explicou à colega onde se encontrava o material, bem como, a forma de utilização ”.

Outros momentos de interacção social que se verificam ainda entre as enfermeiras, situam-se a nível das relações sociais que se desenvolvem entre enfermeiras que podemos considerar "mais velhas" e enfermeiras "mais novas". Sempre que uma enfermeira «mais nova»¹, tem que executar um determinado procedimento para o qual não se considera ainda possuidora de um conjunto de competências técnicas, que lhe permitam segurança suficiente para poder obviar a qualquer dificuldade que exista na execução do procedimento, solicita colaboração a uma enfermeira "mais velha" baseando-se em critérios puramente pessoais, tendo-se verificado nas situações em que isto ocorreu, que habitualmente mais do que uma enfermeira se disponibiliza para «cooperar» na realização desse procedimento.

Um dos exemplos que ilustra a situação, é o seguinte: “a enfermeira responsável pelos cuidados a um doente, informou a médica que o doente apresentava dificuldade em alimentar-se, propondo que seja feita entubação para alimentação por gavagem. A médica concorda com esta sugestão da enfermeira e esta solicita colaboração a uma colega «mais velha» para a realização da entubação, por previsão da

existência de alguma dificuldade na execução do procedimento. Outras enfermeiras disponibilizaram-se para colaborar na execução da mesma”.

A socialização parece-nos estar aqui bem evidenciada, na perspectiva de (Lesne e Minvyelle, cf. p.111), através de uma partilha de saberes teóricos, experienciais e profissionais das enfermeiras (C. Dubar, cf. p.158).

A objectividade e a especificidade inerentes à intervenção das enfermeiras no processo de cuidados, para além do que já se referiu, faz com que por vezes as próprias enfermeiras encontrando-se num «espaço físico» contíguo, como é o caso de uma estar a cuidar de um doente, e estar outra enfermeira a cuidar de outro doente, separada apenas por uma cortina de plástico, a "interacção social" que se estabelece aqui, é uma "interacção" baseada no silêncio, em que apenas esporadicamente as enfermeiras se solicitam mutuamente tanto numa perspectiva de discussão de algum aspecto ligado com a intervenção ou mesmo para alguma colaboração pontual em termos dos cuidados. Sendo importante clarificar que o “cuidado” deve ser entendido como relação interpessoal (Orem e Watson, cf. p.89), o que implica por parte da enfermeira ajudar a pessoa doente ou não a ocupar o lugar central no processo de cuidados (cf. p.94), numa perspectiva humanista e não mecânica (Meleis, cf. p.86).

Pode no entanto acontecer uma "interacção" que saia para além da prestação de cuidados, nesta perspectiva, falamos de aspectos que não têm exactamente a ver com o processo de cuidados aos doentes em causa.

¹ Enfermeira «mais nova», é uma enfermeira cujo tempo de exercício profissional é ainda curto, não existindo um critério único para o designar (variará desde a integração na vida activa até cerca de um ano). Enfermeira «mais velha», é a enfermeira cujo tempo de exercício profissional está para além de um ano, adquirindo este “estatuto” de forma mais consistente a partir dos três anos de exercício.

Em determinados momentos do processo, verifica-se também que as enfermeiras, isto não é uma constatação de regularidade, mas acontece haver a preocupação pelo "trabalho de grupo" (por trabalho de grupo entende-se o desenvolvimento de acções não de forma isolada, mas em que existe relacionamento intragrupo), quando por exemplo "existe uma enfermeira que pergunta se uma dada colega já terminou o trabalho, pois sabe que é uma das enfermeiras que tem maior quantidade de trabalho".

- **Interacção médico / enfermeira, enfermeira / médico**

Várias situações promovem interacção, a maior parte das vezes decorrente da interdependência. Pois a interacção que não decorre directamente da interdependência, é na nossa perspectiva "mediada" pelos registos. Isto é, não necessita de existir contacto pessoal médico/enfermeira e vice-versa, para que haja interacção social no processo de cuidados.

Mas nesse caso temos, como mediadores não as pessoas, isto a nível das funções autónomas, mas sim os registos que são efectuados. E só quando esses registos não são clarificadores ou completos, como instrumentos de mediação entre aquilo que a enfermeira transmite ao médico, ou aquilo que o médico transmite à enfermeira, é que entramos em «interacção» com o mediador centrado nas pessoas.

A nossa reflexão, situa-se ao nível da interacção social que é estabelecida entre médico / enfermeira e vice-versa, numa perspectiva de interdependência, retomando a perspectiva de Elias, quanto à importância que têm as relações de interdependência, numa lógica de relações de poder, e naquilo que Strauss (cf. p.92) designa por «arco de trabalho».

Assim, analisamos por exemplo a interacção com base nas "altas clínicas" e nas "alterações terapêuticas".

Conforme já verificámos nos - **modos de organizar o trabalho das enfermeiras...** - há a partir de determinado momento, necessidade deste tipo de informação para que a enfermeira possa organizar o seu trabalho, de forma sistemática tendo em vista a qualidade dos cuidados.

Neste sentido, as enfermeiras procuram a informação junto dos médicos, sobre a existência ou não de alterações terapêuticas, bem como a previsibilidade ou não de altas clínicas.

Esta necessidade de informação passa pela questão da organização do trabalho no próprio dia, mas tem em vista simultaneamente programar o trabalho para os próximos dias, numa perspectiva de "autonomia" e "interdependência" (Kérouac et al, cf. p.94-95).

Por exemplo em relação à terapêutica é extremamente importante, pela necessidade de actualização dos pedidos de medicamentos à farmácia do hospital, pois se as enfermeiras tiverem conhecimento antecipado da terapêutica que os doentes irão iniciar, ou que vão suspender, podem actualizar essa informação junto da farmácia, fazendo uma gestão mais adequada desses mesmos medicamentos.

A informação relativamente à alta clínica tem essencialmente a ver com a necessidade da preparação dessa alta, numa perspectiva alargada, implicando aqui a «interacção» com o médico e com a assistente social, verificando-se que à enfermeira assiste uma preocupação mais ampla relativamente à alta, isto porque nem sempre os critérios de alta clínica são coincidentes, digamos, com os critérios da "alta de cuidados de enfermagem". Qual é o significado que isto tem para as enfermeiras ?

O critério de "alta clínica" tem que ver com a melhoria ou a estabilidade de determinados sinais e sintomas relativamente a uma determinada patologia, e portanto este é o principal critério que o médico tem, para se decidir pela "alta clínica" (Paradigma bio-médico, cf. p.93). Em relação à enfermagem, mesmo que relativamente à patologia a situação esteja estabilizada, isso de modo nenhum significa que a pessoa esteja nas melhores condições para poder sair da unidade. E estar nas melhores condições , não significa «reter» o doente internado por tempo indeterminado. Significa que pode ser necessário, e as enfermeiras atribuem exactamente este significado a esta lógica do planeamento do trabalho, desenvolver a intervenção junto do doente ou da família no sentido de se prepararem ambos para saída do hospital, considerando nesta atitude consubstanciados, os princípios, as normas, os valores e as regras morais, postulados por Kérrouac et al (cf. p.94-95).

Aqui, a "interacção" entre a enfermeira e o médico, é do tipo conflituante, e em que por vezes é utilizada uma estratégia pelas enfermeiras, que é de promover a referida preparação do doente e da família para a «alta», mesmo que o doente permaneça mais uma dia ou dois internado, (liberdade dos actores, alicerçada numa racionalidade de conjugação de objectos e necessidades (Crozier e Friedberg, cf. p.96).

Um aspecto que pode ser interessante reflectir "a posteriori", relativamente às questões da "autonomia", tem que ver por exemplo com a intervenção que a assistente social tem habitualmente nestas situações. A assistente social, naquilo que nos foi dado observar, tem uma lógica de funcionamento que é o do contacto com o exterior a partir do momento que sabe que o doente vai ter "alta clínica", portanto para a assistente social, o que conta é a informação de que o doente vai sair do serviço. Essa é uma decisão para a assistente, exclusivamente médica, pois a partir do momento em que há a formalização burocrática dessa mesma alta, sempre que necessário contacta outras estruturas (Bombeiros para transporte; Instituições de apoio a idosos), exteriores ao hospital, no sentido da continuidade de alguns cuidados especiais e essencialmente de reinserção.

A interacção enfermeira/assistente social, sobre a "alta clínica" surge essencialmente porque este planeamento de altas passa por registar determinada informação que deve seguir do hospital para a instituição, habitualmente dirigido ao enfermeiro, como actor responsável pela continuidade de cuidados ao doente, tanto no domicílio como noutra organização de apoio (centro de saúde ou outra).

O registo desta informação no âmbito do planeamento de altas, é um registo que deve ser efectuado em parceria, onde são incluídas informações relativas à situação médica, e registadas pelo médico; relativas à enfermagem no que diz respeito ao grau de independência/ dependência nas diferentes necessidades humanas básicas que o doente ainda apresenta alteradas e para os quais necessita de ajuda ou de intervenção da enfermeira e da assistente social que, digamos faz uma apreciação da situação social do doente.

O resultado desta interacção relativamente ao planeamento de altas, faz com que sendo esta essencialmente desenvolvida a partir do momento em que houve a decisão médica, detectam-se algumas rupturas neste processo, como por exemplo, os registos muito incompletos tanto no que respeita à evolução clínica, (da responsabilidade do médico), como em relação aos registos de enfermagem, que por não haver uma previsão atempada muitas vezes são feitos pela enfermeira «substituto», que está de serviço no dia em que a pessoa tem alta, e portanto é uma informação que, conforme vimos anteriormente, não é a informação desenvolvida pela enfermeira que melhor conhece aquele doente e que melhor indicações pode dar sobre ele.

Outro aspecto que interessa reforçar prende-se com o facto de o diagnóstico médico ser algo estável, pois a partir do momento em que é definido para um dado doente, não sofre alteração (perspectiva reducionista) ao passo que o diagnóstico de enfermagem, se vai adaptando às respostas da pessoa à situação total (perspectiva humanista, cf. p.93).

Detectou-se também que o facto destes impressos de registo de informação após "alta clínica", se encontrarem sob a gestão da assistente social, pode fazer com que este processo tenha de facto este tipo de descontinuidades ¹.

Ainda no âmbito da "interacção enfermeira/médico e médico/enfermeira", existem outros momentos ao longo do período de serviço onde esta interacção, se desenvolve tendo como base as questões ligadas às situações dos doentes por quem são responsáveis tanto os médicos como as enfermeiras.

Conforme também já referimos em análise anterior há uma procura de validação tanto por parte da enfermeira como por parte do médico relativamente a algumas informações

dos doentes, em que a enfermeira (por necessidade de planear cuidados de forma mais adequada à situação), solicita a opinião do médico no sentido de que a avaliação seja o mais completa possível a fim de evitar ou prevenir riscos, (Strauss, cf. p.92), é o caso por exemplo “da enfermeira solicitar ao médico a observação de um doente bem como o resultado de um exame complementar de diagnóstico, para saber se o doente pode fazer levantar ou não“, acontece também, “quando a enfermeira acompanha o médico na «visita»², a determinados doentes por considerar ser importante estar nesse momento, isto porque da «interacção» no momento, saíram mais clarificadas as informações relativamente à situação que pode ainda não ser muito clara“, é ainda o caso, “quando a enfermeira solicita a mesma observação por parte do médico, e lhe fornece um conjunto de informações que não sendo do conhecimento anterior do médico se revelam de extrema importância para a tomada de decisão, com base numa avaliação mais completa e num conhecimento mais específico da situação “.

Para além desta interacção social que se insere perfeitamente na estrutura que tem vindo a ser referida por nós, por vezes existem situações em que pelo agravamento e pela perigosidade dessas mesmas situações (dos doentes), por exemplo o estado geral de doentes que se agrava, faz com que esta interacção, seja mais próxima, digamos, atingindo mesmo aquilo que se pode apelidar de uma "interacção, solidária", porque o foco da atenção se centraliza no doente, (Newman et al, 1991 e Kérouac et al, cf. p.89).

A esta interacção solidária atribui-se um significado de alguns dos mecanismos que se situam, que se desenvolvem, aquando da interacção inserida na referida «estrutura», interessando essencialmente que haja solidariedade entre os actores, que conduza à intervenção o mais adequada possível, o mais completa possível, junto do doente.

¹ No decorrer da nossa observação, discutimos este aspecto com a «enfermeira coordenadora», que nos informou, estar o grupo de trabalho sobre o planeamento de altas, a prever inserir os impressos referidos no «processo clínico» de cada doente, a fim de que os diferentes membros da equipa de saúde possam dar uma resposta atempada, no que concerne à informação que deve acompanhar o doente no momento da alta.

² Visita médica - actividade desenvolvida pelo médico junto dos doentes internados que consiste em desenvolver a observação sistemática dos sinais e sintomas que caracterizam a situação de doença, bem como os exames complementares de diagnóstico realizados ou a realizar e ainda a questão da prescrição terapêutica.

Para ilustrar esta situação podemos descrever uma ocorrência num dos dias de observação, “estava internado um doente com uma situação de doença grave e, entretanto no início da visita médica, o médico pergunta quem é a enfermeira responsável por aquele doente. A enfermeira responsável por aquele doente não estava no serviço, mas a enfermeira que tinha ficado a substituí-la identificou-se à médica, que solicitou a administração de determinado tipo de terapêutica, ao que a enfermeira disse “escreva na «pasta» que eu já lá vou fazer”. Entretanto, a enfermeira vai verificar se existe ou não o medicamento no serviço, visto ser um medicamento muito específico. Após a prescrição médica a enfermeira prepara a terapêutica, e coloca-a em curso, (consiste em fazer a diluição de uma determinada

dosagem do medicamento prescrito, numa solução que serve de veículo terapêutico. Após a diluição, estabelece-se um circuito entre a solução estéril e uma veia periférica do doente).

Entretanto a situação do doente agravou-se, a enfermeira «responsável» pelo doente já está no serviço e através da avaliação conjunta médica/enfermeira, a médica decide que o doente será transferido para o Serviço de Urgência (SO) do hospital, onde lhe poderão ser prestados cuidados mais diferenciados.

A relação pessoal e profissional entre a enfermeira «responsável» e a médica em questão é alicerçada nalguns conflitos, aliás de uma forma geral toda a equipa de enfermagem tem alguns conflitos com a médica em questão, mas neste momento o que se verifica é o seguinte; como é necessário transportar o doente para o SO, e lembramos que a «norma» numa situação habitual, é que são os maqueiros que devem ser chamados a transportar os doentes para o SO; mas nestas circunstâncias o que verificamos é que a enfermeira com a colaboração de uma outra colega e a própria médica, fazem o transporte do doente em cama “.

- **Interacção Enfermeira / Auxiliar de Acção Médica**

A interacção também se desenvolve entre as enfermeiras e as auxiliares, ou vice-versa. Aquando da delegação de funções por exemplo no âmbito da satisfação da necessidade humana básica alimentação, verifica-se a existência de interacção entre estes dois actores. Por parte das auxiliares acontece, por exemplo, a solicitação para que as enfermeiras clarifiquem as dietas existentes relacionadas com a situação dos doentes a quem se destinam. Esta é uma perspectiva que consubstancia a importância da utilização de um modelo de cuidar, centrado na pessoa (Kérouac, cf. p.89-92).

A validação enfermeira /auxiliar é feita desta forma, acontecendo também relativamente à capacidade ou incapacidade em o doente se alimentar sózinho, bem como em relação às preferências que o doente tenha em relação à alimentação, e conforme vimos anteriormente relativamente a outras Necessidades Humanas Básicas. No entanto, parece-nos que o organizador desta interacção é a função de apoio já anteriormente caracterizada.

- **Interacção Auxiliar/Auxiliar**

No que concerne à interacção auxiliar/auxiliar, constatamos a tendência para o desenvolvimento do trabalho em conjunto. Anteriormente referimos o tipo de funções que as auxiliares desenvolvem, e o que se verifica é que elas procuram desenvolver o trabalho

«a duas», caracterizado pelo trabalho conjunto, em presença quase contínua uma e outra, que é interrompido muitas vezes pela solicitação que é feita ou pelas enfermeiras «responsáveis» ou pela enfermeira coordenadora.

Um dos aspectos interessantes em termos de "interacção auxiliar/auxiliar", tem que ver com a referência à importância da formação /socialização da auxiliar "mais velha" para a auxiliar "mais nova", verificando-se por exemplo na distribuição da alimentação, no sentido em que desenvolva as tarefas de forma mais adequada. Referindo mesmo como deve preparar os alimentos para que o doente coma sózinho.

As auxiliares parecem desempenhar ainda um outro papel em toda esta estrutura de prestação de cuidados, que é a de "escutarem" os doentes. É um papel que em termos de "consciência discursiva" elas referem como sendo “um papel importante, não o podendo desenvolver mais pela quantidade de trabalho que as limita, no entanto a «consciência prática» parece estar próxima da «consciência discursiva», porque as auxiliares utilizam muito o «espaço» da prestação de alguns cuidados, como sejam os de higiene e conforto, o fazer as camas, a distribuição da alimentação e a ajuda na alimentação para escutarem os problemas e as manifestações dos doentes”, constituindo-se aqui um manancial de informação extremamente importante relativamente à situação do doente, não só no que concerne ao internamento, mas na sua extensão para a família, para o emprego, para o domicílio.

Impõe-se colocar uma questão que é a seguinte - mas as auxiliares estão preparadas para saber escutar os doentes em todas estas dimensões ? Estamos certos que não, pelo que importa questionar quais as acções que poderão ser delegadas nas auxiliares para que caiba às enfermeiras a possibilidade de desenvolver esta atitude de escuta dos doentes, que muitas vezes não acontece exactamente porque as enfermeiras estão a desenvolver actividades que seriam delegáveis nas auxiliares, valorizando a cooperação na perspectiva do doente e não do enfermeiro ou da auxiliar (Paradigma humanista).

É que desta forma a auxiliar fica na posse de um conjunto de informação que não é analisada porque esta não tem competência nem qualificações para o fazer e mesmo que transmitam alguns dados á enfermeira "responsável", é um tipo de informação que já foi "julgada" e sintetizada por quem não tem preparação para o fazer. O "saber prático" que caracteriza o conhecimento destes actores, não lhes permite mobilizar a informação adequadamente.

Todos estes actores desenvolvem "interacção social" com os doentes nos mais diversos momentos do processo de cuidados.

É sobre estas "interacções sociais" que vamos falar um pouco em seguida.

- **Interacção profissionais / doentes**

No âmbito da organização dos cuidados conforme vimos anteriormente, as auxiliares colaboram na prestação de alguns cuidados aos doentes por delegação das enfermeiras.

A delegação acontece, por exemplo, a nível dos cuidados de higiene e conforto, sendo que a informação às auxiliares, é fornecida por cada enfermeira "responsável", logo no início do turno, em relação aos doentes a quem elas podem prestar cuidados de higiene e conforto, «no chuveiro». Numa das situações por exemplo que se observou, aconteceu o seguinte: « a auxiliar ao dirigir-se á doente para a ajudar a deslocar-se ao chuveiro a fim de fazer os cuidados de higiene, verificou (porque a doente lhe referiu), não se encontrar em condições para fazer levantar e deslocar-se ao chuveiro. A auxiliar, não se dirigiu ao enfermeiro «responsável», mas sim à enfermeira coordenadora, referindo que a doente nunca se levantou nem tem indicação para fazer banho no chuveiro. Perante isto a enfermeira coordenadora informa que o banho da doente é na cama, sendo a auxiliar que transmite esta informação à enfermeira «responsável». Esta concorda com a informação, não fazendo qualquer comentário ».

Ainda na continuidade das necessidades de cuidados centradas nos doentes, um outro tipo de interacção, outro tipo no sentido em que os actores que se relacionam são outros para além do «espaço social» de produção de cuidados de que temos vindo a falar, tem a ver com a "interacção" entre a enfermeira e os familiares dos doentes.

Sendo que esta ocorre durante o já referido processo de planeamento de altas, quando é a enfermeira a informar o familiar dos doentes sobre a decisão desta mesma alta, podendo acontecer o inverso que é o contacto do familiar para a enfermeira quando deseja obter informações sobre a situação do doente.

Neste caso a "interacção" que se verifica é através do telefone. Aqui interessa interpretar o facto da enfermeira fornecer determinadas informações de forma muito limitada havendo uma referência sempre muito explícita ao facto de se o familiar pretender saber informações mais detalhadas sobre a situação de saúde da pessoa, deve procurar o médico.

Este é um aspecto que pode ser interessante reflectir e interpretar no âmbito do objecto de estudo que estamos a desenvolver, conforme já referimos a propósito da autonomia e da interdependência das enfermeiras (Kérouac et al, cf. p.95).

Parece-nos que com esta atitude se desperdiça uma oportunidade em dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, (Basto, cf. p.82-83) pois ao encaminhar-se para a informação

pelo médico sem clarificar o estado da pessoa relativamente às necessidades, à capacidade de resposta a este desequilíbrio, à forma como a pessoa mobiliza ou não as suas potencialidades para responder aos estímulos que advêm da intervenção das enfermeiras centrada na mobilização destes aspectos intrínsecos à pessoa, (Kérouac et al, cf. p.91-92), está-se implícita ou explicitamente a valorizar os critérios do modelo médico, parecendo reconhecer uma auto-incapacidade para dar as informações, o que não é a realidade. Este aspecto liga-se com o que temos vindo a defender, que é a necessidade de se clarificar o campo autónomo pela especificação e objectivação do que realmente fazemos e não por oposição ao que os outros fazem.

A "interacção social" em que os familiares dos doentes e as enfermeiras interagem pessoalmente no «espaço físico» que é o internamento, acontece essencialmente na «hora das visitas», ou quando por algum motivo o familiar se deslocou ao hospital fora do período de visitas, cabendo nesse caso à enfermeira "responsável" ou à enfermeira coordenadora, autorizar junto da portaria do hospital que o familiar possa subir. Aqui a "interacção" é muitas vezes relacionada com o grau de dependência do doente. Quando estamos perante um doente independente e este se pode deslocar a um «espaço» contíguo à unidade de internamento, não implicando a entrada do familiar na própria unidade, a autorização para que a pessoa possa subir ao serviço é quase imediata desde que o doente esteja disponível. Quando o doente é total ou parcialmente dependente, não terá condições para se deslocar da sua unidade até ao «espaço» anteriormente referido, então a enfermeira dá indicação para que o familiar suba e fala com ele nesse mesmo «espaço» contíguo, indicando-lhe que deverá aguardar um pouco por forma a que os cuidados sejam realizados e possa então depois, contactar com o seu familiar.

Um actor que ainda não foi referenciado neste processo, mas que em termos de interacção social, acaba por estar muito presente ao longo de todo o processo de cuidados, é a secretária de unidade.

A secretária de unidade é a pessoa que por função estabelece os contactos com os serviços de exames complementares de diagnóstico (ECD) interna e externamente ao hospital, no que respeita à marcação dos referidos exames. Isto faz com que exista uma «interacção» explícita entre o médico que solicita determinado exame complementar de diagnóstico, e fá-lo por escrito através de uma requisição, cujo encaminhamento burocrático é feito pela secretária de unidade. A informação às enfermeiras sobre as datas da realização destes exames é fornecida pela mesma pessoa, tanto quando o ECD é realizado interna, como externamente.

Acontece que quando os exames são marcados externamente, a secretária de unidade, assim que tem a marcação, (em termos de organização burocrática a realização de um exame no exterior exige um « termo de responsabilidade» emitido pelo hospital, como segurança de pagamento à instituição que o vai realizar), dá a informação por escrito colocando-a num «placard», para que as enfermeiras tenham a informação sobre o exame que vai ser realizado, bem como o tipo de preparação que deve ser feito ao doente.

Quando os exames são feitos internamente a informação é feita oralmente, havendo aqui o risco de se perder essa mesma informação e como algumas vezes acontece, no dia em que o exame está marcado, o doente não estar preparado. Como não há um procedimento contínuo no que respeita à informação, ninguém assume a responsabilidade de tal situação. Esta é uma situação que nos parece decorrer da ênfase nas «tarefas» a realizar pelos diferentes actores, e não na preocupação de centrar o desenvolvimento das "acções", controladas por quem as executa, mas continuando próximas dos doentes, (Mintzberg, cf. p.105).

Na sequência deste tipo de interacção, verifica-se a existência de alguma dificuldade no que respeita ao relacionamento entre a secretária de unidade e algumas enfermeiras.

Decorrente desta «interacção» e desencadeado pela realização dos ECD, entre a enfermeira e um outro actor, que é o maqueiro, desenvolve-se também interacção tendo por base o grau de dependência dos doentes, porque como é da responsabilidade do maqueiro transportar os doentes que vão realizar ECD internamente, este solicita sempre à enfermeira "responsável", informação sobre o grau de dependência desse mesmo doente, porque isto vai determinar o tipo de transporte que vai ser feito àquele doente. Podendo o doente deslocar-se pelo seu próprio pé, deambulando, acompanhado pelo maqueiro, até ser levado de cadeira de rodas ou mesmo de maca ou cama.

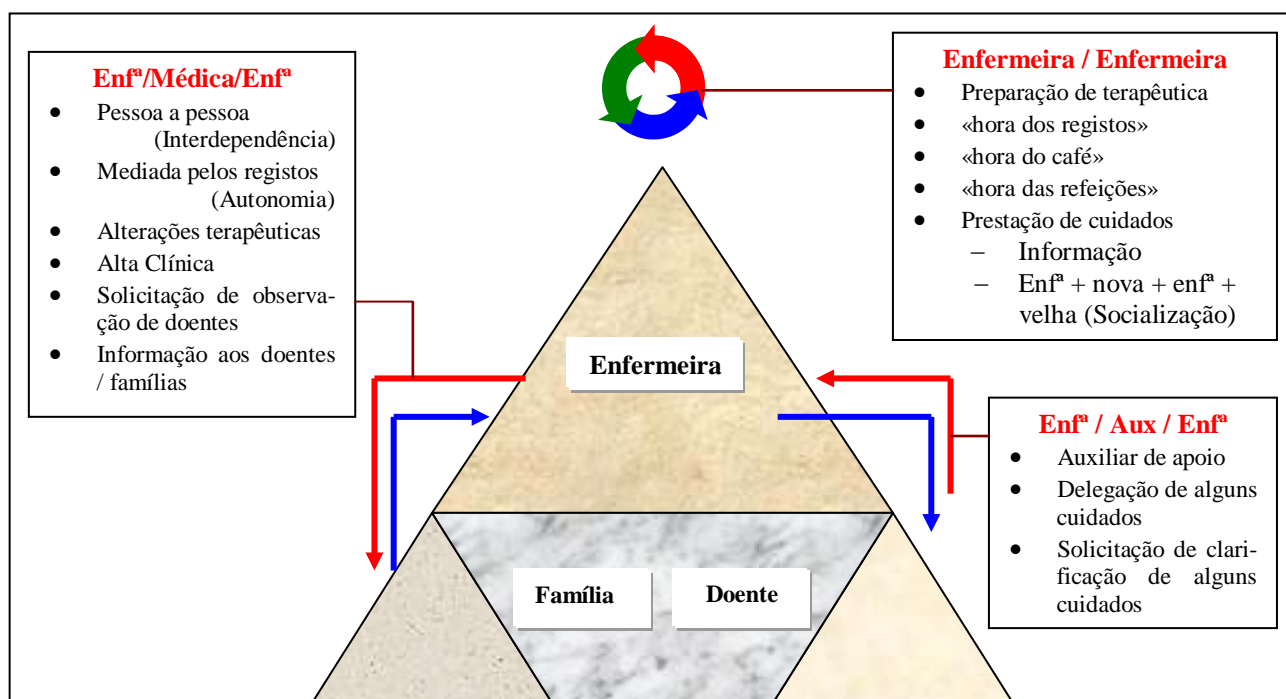
Por forma a clarificarmos a nossa análise, apresentamos o esquema, na figura 10, onde pretendemos ilustrar a importância e as repercussões da interacção social, na produção de cuidados a doentes internados, verificando-se a existência de uma grande complexidade da relação inter e intragrupal.

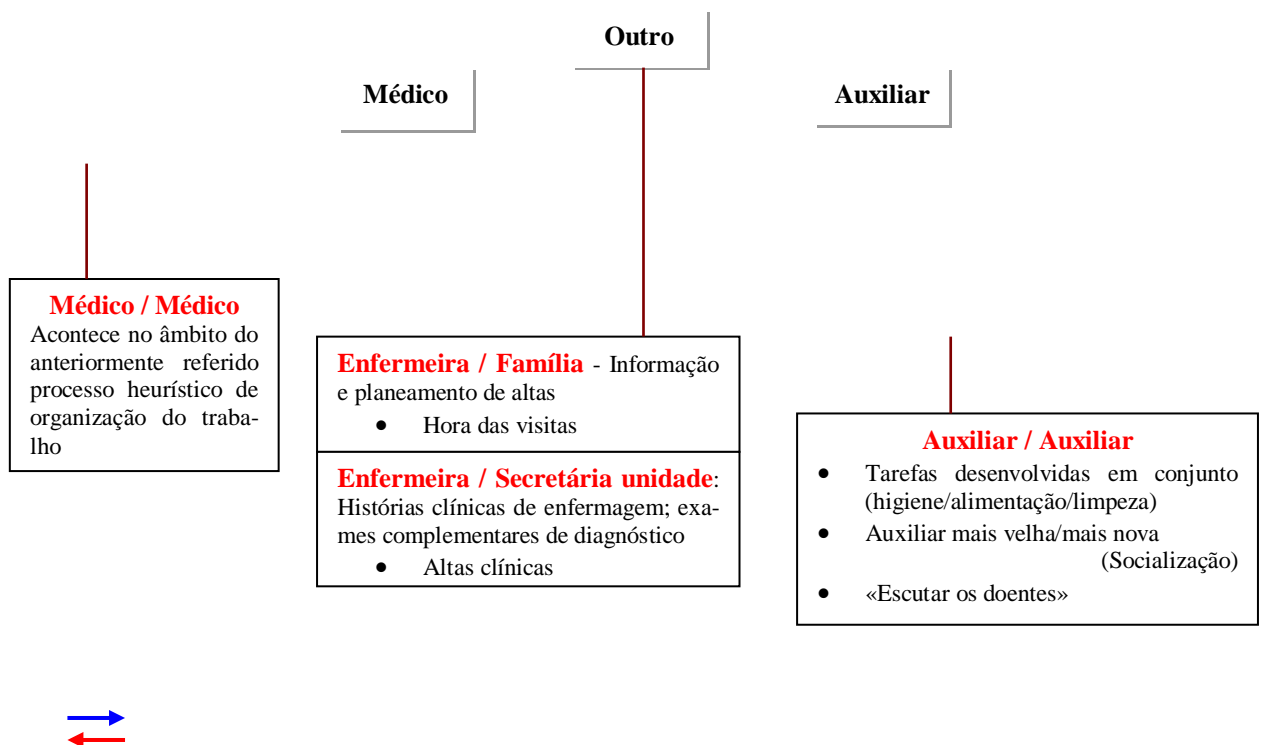
Um breve comentário, permite-nos chamar à atenção para o facto de todos os actores desenvolverem interacção intra-grupo, embora nem sempre com o sentido do reforço de identidade socio-profissional, tal como vimos no capítulo anterior.

Os médicos, são os que reforçam aparentemente esta situação, pois a interacção baseia-se e reforça o processo heurístico da organização do trabalho, conduzindo ao "corporativismo" que antes referimos.

Conforme podemos constatar, não existe interação entre as auxiliares e os médicos.

Figura 12 – Esquema síntese de aspectos que caracterizam a interação social dos diferentes actores no contexto de trabalho, nas categorias interação/delegação





No cerne desta discussão, e na continuidade destes processos de interacção/delegação, levam a que a *Colaboração* existente entre os diferentes actores, possa apresentar-se como uma colaboração que apresenta algumas características presentes ou ausentes de situação de *Conflito*.

No «espaço social» como produtor de cuidados, onde a interacção se desenvolve nas dimensões interpessoais e intergrupais, a qualidade da relação tem uma importância relevante, se considerarmos que a relação intergrupos - enfermeiros /médicos/auxiliares, é de natureza potencialmente conflituante, no que respeita aos dois primeiros actores. A teoria da Identidade social de Tajfel (1982) mostra que não é necessário conflito para que haja diferenciação intergrupar uma vez que admite que a categorização implica diferenciação.

Passamos a explicitar. A colaboração vista pelas enfermeiras relativamente a outros actores, passa essencialmente pelos médicos e pelas auxiliares. A colaboração da enfermeira em relação ao médico, ou com o médico, parece-nos de facto uma colaboração entre técnicos no sentido do ganho para os técnicos. O que aponta para a necessidade de se trabalhar a um outro nível, conforme assumimos antes, parecendo-nos que deve

ser no sentido em que existam ganhos para os doentes, resultantes da colaboração interdisciplinar o que é consistente com o postulado por Martin (cf. p.85).

Isto parece ser ilustrado por algumas frases como “...o médico, temos que o ajudar(...) em certas situações estamos à espera que ele diga o que é que eu tenho para fazer(...) se o doente tem terapêutica se tem tratamentos...” (A1), portanto havendo aqui uma atitude de passividade em relação àquilo que será uma eventual prescrição médica. Em nossa opinião é necessário que as enfermeiras “(se)conflituem” (isto é, entrem em auto-conflito), por forma a sentirem necessidade de mudança quanto a este tipo de situação, valorizando o «modelo endógeno» para a mudança (Boudon, 1990, p.221), que por ser intrínseco será eventualmente mais consistente.

Por outro lado as enfermeiras apontam também que, o estatuto que é atribuído aos médicos tanto pela organização, como pela sociedade, facilita situações em que muitas vezes a enfermeira com o doente, ou com os doentes estabelece uma «interacção» e desenvolve-a no sentido de conhecer o melhor possível a sua situação, podendo ou não haver a necessidade de intervenção do médico. E a necessidade desta intervenção médica é sempre em primeira linha uma decisão da responsabilidade da enfermeira, que se baseia numa observação sistemática da evolução da situação. Este é um «papel social» que a organização e os restantes actores esperam que a enfermeira desenvolva, mas que nem sempre reconhecem.

Ora, a organização do trabalho médico, como vimos, na «manhã» acontece como a descrevemos, mas nos outros turnos não há médico em permanência no serviço. O que acontece muitas vezes é que a enfermeira tem que solicitar a presença do médico, para o local onde ele está - Consulta externa ou Serviço de Urgência - para que se desloque e venha observar o(s) doente(s).

Quando não é uma situação de emergência, ou urgência, o período que medeia entre a solicitação ao médico e a vinda dele, torna-se muitas vezes longa. Isto leva a enfermeira a desenvolver uma estratégia junto do doente, no sentido não de o desculpabilizar, mas sim de procurar gerir aquela situação por forma a não ser mais prejudicial para o doente, limitando os efeitos nefastos que pode ter a não vinda do médico, especialmente a nível psicológico do doente. Mas por outro lado a enfermeira está num «conflito» interno com o próprio médico porque ele não está a «colaborar» no processo de cuidados daquele doente, de forma atempada como a enfermeira considera que deveria acontecer.

No entanto, é opinião de outras enfermeiras que a relação de colaboração enfermeira / médico, “...tem vindo a melhorar a partir do momento em que os médicos, sobretudo alguns médicos,

têm demonstrado uma maior abertura ...”(A2). Consideram as enfermeiras que esta abertura é consubstanciada essencialmente pela “...procura sistemática de informação junto da enfermeira, informação sistemática esta que tem a ver não só com a avaliação do conjunto de dados respeitantes àquele doente, mas também e até com o tipo de diagnóstico de enfermagem que as enfermeiras definiram para aquele doente.”(A2)

Na perspectiva de algumas enfermeiras esta é de facto uma mudança radical, porque e conforme temos vindo a verificar, a «intenção comunicativa» parte sempre ou quase sempre da enfermeira, na perspectiva das funções interdependentes, e especialmente nestas, enquanto que ultimamente tem havido também um sentido contrário, um sentido inverso. Isto é, a procura da informação por parte do médico relativamente a aspectos de pormenor respeitantes aos doentes que cuidamos em conjunto. Boudon(1990), permite-nos interpretar estes factos «processuais», como indicadores de que a mudança estará a ocorrer no interior do próprio «processo» e quanto a nós numa perspectiva das interações que aí se desenvolvem.

Dessa procura por parte das enfermeiras, tem também alguma visibilidade digamos, quando são os médicos a pronunciarem-se sobre o assunto. Por exemplo e relativamente a este aspecto, a opinião de uma médica é: “...no serviço, em termos de enfermagem costumo consultar as ocorrências, mas além disso habitualmente como as enfermeiras do serviço sabem que temos muitas solicitações, porque somos muito poucos,(...) quando chego de manhã a enfermeira «responsável» diz-me:- olhe há esta situação assim / assim, e aquela situação desta maneira, (...) às vezes se as senhoras enfermeiras não nos chamarem à atenção, passa despercebido e esse doente quando há assim alguma coisa que não ficou bem explicado nas ocorrências, as enfermeiras contactam-nos logo de manhã para nos informarem sobre esses aspectos.”(B2)

Muitas vezes isto acontece, fazendo com que a própria decisão médica em relação à organização do seu trabalho, possa ser alterada de acordo com este tipo de informações, que vão ajudar a clarificar as referidas situações.

A informação parece ser, em termos da colaboração um aspecto extremamente importante porque as próprias auxiliares referem a importância da partilha dessa mesma informação no sentido da construção de um processo de cuidados com qualidade.

Referem que “...apesar de todos os outros actores as verem como auxiliares...”(C1) e dizem mesmo “...a nossa função é auxiliar no que for preciso...” (C1), consideram ter um papel importante na partilha da informação. Isto porque dizem “...a maior parte das vezes nós trocamos informação porque também contactamos mais com as enfermeiras... então há coisas que temos que lhes contar..., como estamos mais em contacto com os doentes, as enfermeiras precisam de saber muita coisa. É natural nós estamos com os doentes, nós podemos dizer...”(C1), e isto em termos de colaboração é extremamente importante, desde que convenientemente mobilizado, pode traduzir-se em

«ganho efectivo» para a qualidade do processo de cuidados construído pelos diferentes actores, na lógica que temos vindo a analisar, mas salvaguardando a (im) preparação das auxiliares no que respeita à mobilização de informação que colhem através de «escuta» dos doentes.

A perspectiva das enfermeiras relativamente a este aspecto, parece uma vez mais estar ligada com as questões da «socialização», da «integração» das auxiliares na própria unidade de internamento, o que determina, digamos, o tipo de relação que elas próprias estabelecem com as enfermeiras no âmbito do processo de cuidados.

Isto pode ser ilustrado pelo seguinte: “ algumas auxiliares , que vêem fazer certos turnos estarão um pouco mais inibidas, ou têm mais receio ou mais vergonha em falar, (...) muitas vezes aquelas que já conhecem o modo de trabalhar da enfermeira, então aí eu penso que há uma boa relação...” (...) “ Há já uma integração do trabalho e no trabalho (...) daí que eu penso que o trabalho das auxiliares tem melhorado quer ao nível da prestação quer ao nível da relação connosco.”(A2)

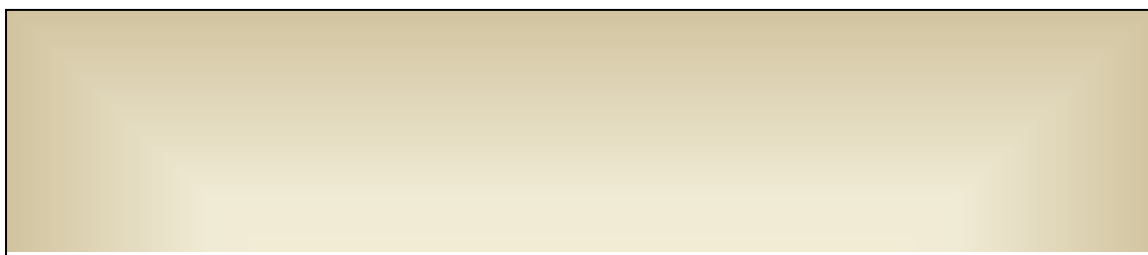
A interacção é constituída pelo e no comportamento do homem, razão pela qual consideramos de extrema importância a «comunicação» e a «significação» que a mesma tem entre os actores deste «processo», na perspectiva postulada por Giddens (1996,p141), enquanto propriedades da interacção. A fim de ilustrarmos a nossa compreensão destas categorias no processo de cuidados apresentamos o esquema ilustrativo na figura 11.

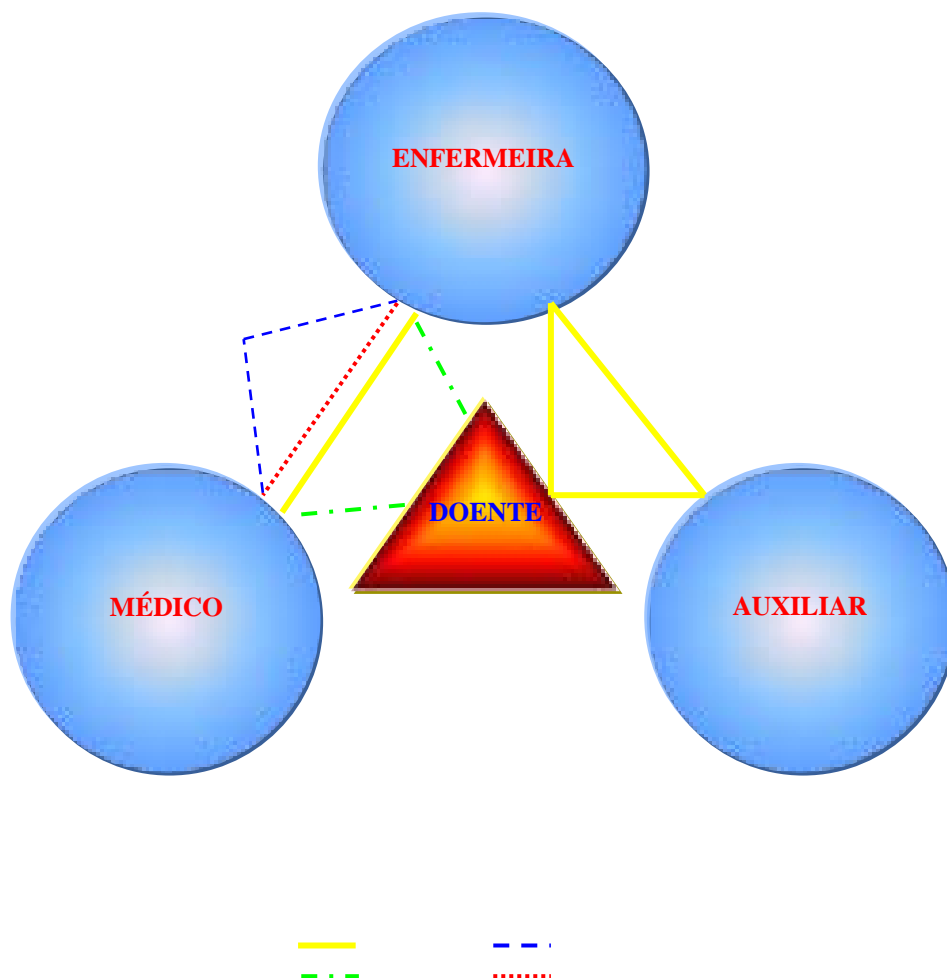
Ao analisarmos o esquema podemos verificar que a colaboração é ausente entre as auxiliares e os médicos.

No que concerne à colaboração entre a enfermeira e a auxiliar é forte, quando estabelecida interpessoalmente e quando no âmbito do processo de cuidados tendo o doente como centro do mesmo.

A colaboração entre a enfermeira e os médicos é forte, numa lógica de relação interpessoal quando não há necessidade de valorizar o doente como centro do processo de cuidados, já não se passando o mesmo, quando como centro do processo está o doente, despoletando desta forma o conflito que pode ir de fraco a forte, consoante a situação do doente é mais ou menos grave, e como tal a colaboração se pretende mais forte ou não.

Figura 13 – Representação esquemática de colaboração e conflito entre os diferentes actores do processo de cuidados.





No que concerne à *Hierarquia / Autoridade*, em termos de discurso não parece haver uma consciência muito clara relativamente a esta questão. Numa perspectiva de hierarquia organizacional, este facto pode significar que o facto de estarmos perante uma organização complexa (de cuidados) de saúde, devendo o trabalho ser controlado directamente pelos que o executam (Mintzberg, cf. p.105), não é atribuída grande importância, no âmbito da «consciência discursiva».

No que concerne à “autoridade”, pode reflectir-se na perspectiva de que os profissionais nos contextos de trabalho complexos, é determinada pela forma como as suas actividades se articulam ou relacionam no âmbito dos « processos sociais de produção de cuidados», (Rodrigues,1997.p50).

Importa compreender o porquê duma situação apresentada por uma enfermeira relativamente à «cooperação» com os médicos. Diz a enfermeira que “...se a enfermagem não tiver um peso dentro da instituição, continuamos sempre a fazer a mesma coisa, principalmente em relação aos médicos, continuaremos sempre a ter aquele papel de subordinados.”(A1)

A este propósito Freidson (1984, p.62-63), considera que o prestígio dos “paramédicos” aos olhos da sociedade não é maior que o dos médicos atribuindo esta diferença às diferentes origens socioculturais. Refere, no entanto, que existe uma outra hierarquia de prestígio e de autoridade própria das enfermeiras, por exemplo sobre as “auxiliares” e os “técnicos”. Já o sentir dos médicos em relação a este assunto da “hierarquia / autoridade”, consideram que esta não acontece fora do seu grupo profissional. Portanto já antes tínhamos referido que, relativamente aos modos de organizar o trabalho médico, a «autonomia» era uma categoria extremamente presente e assumida pelos médicos inclusivé com a Organização (hospital), enquanto conjunto de normas, regras, filosofia de prestação de cuidados, de gestão, etc, e aqui nos parece consubstanciado pelo facto dos médicos se considerarem eles próprios como “autoridade” no que respeita às decisões que têm que ver com as situações dos doentes (cf. p.97-98). Isto parece estar presente no que é referido em seguida “...porque é evidente que o cuidado prestado ou não prestado, o exame pedido ou não pedido, recai sempre sobre o médico assistente (...), nunca as direcções interferem nisso. Nunca ninguém diz quais são os nossos limites de actuação. Cada médico, mesmo nesta organização hospitalar, é independente na forma como organiza o seu trabalho, e à forma dos cuidados que presta e às decisões que toma. É sempre responsável” (B1).

O que faz com que nesta dimensão, relativamente áquilo que os médicos pensam no âmbito da sua “hierarquia/autoridade” desenha mais claramente a sua «autonomia», associando a responsabilidade ao saber, para a tomada de decisão, que por inerência também lhes proporcionará o “poder”, que analisaremos em seguida.

No grupo dos médicos é interessante verificar que, eles próprios estabelecem uma “autoridade” que é por outro lado enraizada na “Estrutura organização” o Director de Serviço. Mas é interessante porque a validação em relação a essa circunstância de ser o Director de Serviço, a «autoridade» digamos, em termos «hierárquicos», advém não do facto de exercer esse cargo, e ser legitimado pela organização, mas valorizam sim o facto de “...ser a «pessoa» « mais velha», ter mais conhecimentos, e que tem mais prática porque são muitos anos de medicina.”(B2)

É um posicionamento que importa reforçar, tanto na perspectiva da “cooperação” como até na perspectiva da “socialização”, anteriormente analisada bem como no que concerne à identidade socio-profissional, que nos parece também aqui reforçada. Sendo de relevar o facto de em termos de cooperação, existir uma colaboração forte entre médicos e enfermeiras, no processo de cuidados, sendo ausente o conflito excepto quando a enfermeira necessita mobilizar a colaboração do médico numa perspectiva de interdisciplinaridade, adequadamente contextualizada.

No que respeita às auxiliares, têm a consciência discursiva de que dependem hierárquicamente das enfermeiras e que a “autoridade” relativamente aos cuidados prestados se situa também a nível das enfermeiras (Freidson, p.63).

Dizem mesmo que “...com os médicos não é aquele relacionamento que temos com as enfermeiras... As enfermeiras é assim(...) mas os médicos até pelo contrário (...) os que estão aqui são pessoas simpáticas... E nós até lhes pedimos uma receita (...) eles até são pessoas prestáveis(...) Mas entre o médico e nós, unicamente o que se passa é que às vezes está a colher sangue para uma análise e diz:« chegue aqui e vá ao laboratório num instante», mas a grande maioria das vezes os médicos entregam à enfermeira, e é a enfermeira que nos entrega nós”(C2).

Por outro lado é sentido pelas auxiliares nesta questão da “autoridade”, elas assumem que nalguns aspectos em que o seu desempenho estiver menos bem é aos enfermeiros que compete corrigi-las no sentido de que nas próximas intervenções a atitude seja mais adequada. Isto é, quando por exemplo referem “...não tenho qualquer problema nalgum erro que eu faça, ou que não seja bem erro mas que seja preciso corrigir, eu aceito, (...) não tenho problemas que me digam qualquer coisa para poder melhorar a minha actuação.” (C3)

Em termos da observação das práticas verifica-se no que respeita à “cooperação” médico / enfermeira, que se centraliza na situação clínica do doente, em que não só é mobilizada a informação registada pelas enfermeiras na “pasta” do doente, mas em que também se procura essa informação mesmo junto das enfermeiras, reforçando o anteriormente analisado quanto à mediação da interacção social – as enfermeiras / os médicos e os registos, o que parece consonante com o preconizado por Crozier e Friedberg (cf. p.96-97).

Outro aspecto que se verifica em termos da «cooperação» é que o processo de cuidados constroi-se com base nalgumas das dimensões anteriormente referidas, mas em que a **cooperação nas relações de trabalho na unidade**, é de facto um ponto forte porque a observação mostra-nos que a “cooperação médico / enfermeira” se situa muito para além da questão da informação, na categoria “interdependência” vista pela enfermeira.

Para compreendermos as relações entre os actores deste processo, temos vindo a propor uma lógica de análise não centrada no médico como centro deste processo (Freidson, p.63), mas antes em que o doente é o centro do mesmo(Kérouac, cf. p.89). Daí a importância atribuída à mediação da «autonomia funcional» nesta trama de relações complexas, entendendo-se por autonomia funcional aquela que deriva do conteúdo funcional, que se encontra definido numa perspectiva de standardização de tarefas e não de qualificação, (Mintzberg, cf. p.105).

No que respeita a outros actores, um dos aspectos que importa salientar é que há de facto uma «cooperação» muito intensa entre enfermeiras e auxiliares. Cooperação esta alicerçada nalguns dos aspectos já anteriormente referenciados, e em que por exemplo se pode ilustrar com a seguinte passagem “... a auxiliar refere para a enfermeira que vai «dar banho» a uma determinada doente, no chuveiro. A enfermeira diz-lhe que talvez seja melhor ir ajudar outra doente, porque ainda tem que fazer clisteres como preparação para um exame, á doente em causa. A auxiliar justifica-se, dizendo que tinha pensado começar por ela, porque a doente estava suja. A enfermeira tem aqui uma atitude de cooperação e formação/socialização, pois diz, sim estaria adequado se eu não tivesse que fazer mais clisteres”.

A “cooperação” entre diversos actores, numa perspectiva das relações de trabalho na unidade, passa para além das relações de trabalho inerentes aos actores que estão presentes na unidade de internamento. Mas liga-se também àqueles aspectos em que o processo de cuidados se alicerça fora da unidade de internamento.

É o que acontece por exemplo, nos pedidos de medicamentos à farmácia e da relação que se estabelece entre a enfermeira coordenadora e a farmacêutica.

Uma enfermeira refere “não concordar com esta metodologia, até porque havendo uma devolução de medicamentos á farmácia, a partir do momento em que os doentes têm alta, portanto em que houve suspensão dessa mesma terapêutica, pode entretanto acontecer a entrada de novos doentes que necessitem daquela terapêutica, em horas a que a farmácia não está disponível, criando assim lacunas no que respeita á possibilidade de proceder à administração da terapêutica prescrita”.

A “cooperação” entre enfermeiras acontece, pela observação, muito pontualmente em relação a alguns doentes, que necessitam de cuidados totais em todas as necessidades humanas básicas, e em que a enfermeira decida que deve ter colaboração de uma colega, devido à especificidade da situação e não por uma auxiliar, conforme já verificámos anteriormente.

Os outros momentos de “cooperação” entre enfermeiras têm exactamente a ver com o que já referenciámos, em termos de registos, visto que é nesta altura que existe alguma «cooperação» no que respeita à informação veiculada pelos diferentes actores na construção do processo de cuidados.

No que concerne á “cooperação médico/médico”, conforme já vimos nos - **modos de organizar o trabalho médico** - é mais explícita numa das equipas do que noutra, no entanto, há momentos em que essa “cooperação” existe de uma forma muito clara, essencialmente nos momentos, e isso acontece tanto numa equipa como noutra, nos momentos em que os médicos discutem as situações, e discutem as tomadas de decisão, acontecendo isto habitualmente na “sala dos médicos”, fora da presença dos doentes

(figura 7). Na perspectiva de Freidson (1984, p.312), esta é a atitude habitual dos médicos porque consideram o doente num modelo de interacção “activo-passivo” (Szaz e Hollander), em que a interacção deve ser mínima, submetido às decisões médicas e onde o sentido da cooperação situa-se essencialmente no médico e não no doente (cf. p.93).

A «cooperação» em termos da observação dos doentes, é totalmente diferente numa equipa e noutra, sendo que numa equipa o trabalho é partilhado, digamos, e a observação dos doentes é partilhada pelas médicas, ao passo que na outra equipa não acontece.

Quando quisemos interpretar esta situação, numa das equipas em que havia dificuldades de «cooperação» da médica, não só com as enfermeiras como também com a colega que trabalha com ela, não nos foi possível validar este posicionamento com a médica devido à dificuldade relacional que a mesma apresenta. Na opinião e, quando estabelecemos conversa com as enfermeiras àcerca deste aspecto, na opinião das enfermeiras esta atitude dever-se-á provavelmente a uma questão de insegurança e a uma questão de não integração nesta metodologia e neste tipo de trabalho. Isto porque, segundo referem as enfermeiras, a médica tem uma experiência de «socialização» numa unidade de cuidados intermédios num hospital central, em que a equipa médica era uma equipa alargada, onde a referida médica não tinha que assumir decisões individuais em nenhuma fase do processo de cuidados, e que aqui é confrontada com a necessidade de tomar decisões perante um número de doentes por quem está responsável.

A “cooperação” entre as auxiliares e as enfermeiras foi também visível, a nível da observação, sobretudo muito centrada na duas dimensões que já tínhamos identificado anteriormente. A questão da “cooperação” relativamente à prestação de alguns cuidados por delegação e na colaboração com a enfermeira nos outros cuidados em que a enfermeira está presente e é ela quem gere, verificando-se aqui claramente a autoridade, o que parece estar de acordo com o preconizado por Crozier e Friedberg (cf. p.97-98). Num outro aspecto que tem que ver com a informação colhida pela auxiliar, e que sendo mobilizada para a enfermeira pode ser de grande utilidade em termos de processo de cuidados. Como por exemplo a auxiliar fazer chegar á enfermeira situações de queixas específicas de determinados doentes por forma a que a enfermeira possa actuar de uma forma mais consentânea (cf. p.98).

As estratégias para o exercício das autonomias

Conforme assumimos anteriormente, a autonomia é uma categoria extremamente importante para a compreensão da evolução do estatuto da enfermagem enquanto profissão. É-o, na medida em que o trabalho pode ser desenvolvido pelos profissionais, independentemente do controle médico ou da organização e em que os cuidados aos clientes possam ser realizados, sem dependerem “exclusivamente” de outros grupos profissionais, ou mesmo da organização, (Freidson, 1984, p.63). Ainda para este autor, com o qual concordamos, regra geral, a profissão é tanto mais autónoma, quanto mais a actividade se especifica em relação a outras, mas também mais provável é o conflito, sobretudo os que surgem da “divisão do trabalho”, em relação com a “autonomia”, razão pela qual valorizámos, em termos de análise, as situações em que a “autonomia” pode ser geradora de conflito, na nossa perspectiva através do confronto de saberes (teóricos e profissionais) (Kuhn, cf. p.87), numa perspectiva de construção cognitiva em enfermagem (Martin, cf. p.68).

Vamos procurar interpretar a relação entre o significado atribuído pelos diferentes actores, quanto às seguintes categorias: - *Divisão do trabalho e poder; Negociação e Jogo / Estratégia*.

No que diz respeito à *Divisão do trabalho e poder*, os dados produzidos são portadores de aspectos referidos pelas enfermeiras e auxiliares.

Relativamente à forma como as enfermeiras entendem esta questão, passa muito pelo significado que atribuímos a alguma expressões das próprias enfermeiras. No que concerne à “divisão do trabalho” por parte das enfermeiras, está muito consubstanciada naquilo que são as normas da organização. Quem faz a “divisão do trabalho” para cada turno é a enfermeira coordenadora ou a enfermeira chefe, e fá-lo com base no SCD já referenciado atrás. Este sistema permite distribuir um grupo de doentes por cada enfermeiro em cada turno, de acordo com o grau de dependência, mas em que entram outros critérios, como sejam a quantidade de trabalho e a própria experiência profissional da enfermeira, parece-nos que numa procura de interrelação entre os diferentes tipos de saberes (teórico, experiencial e profissional) (C. Dubar, cf. p.158), conforme assume a enfermeira coordenadora.

Para além de um critério importante que é, sempre que uma enfermeira está de turno, os doentes “de processo”¹, são-lhe distribuídos.

Isto na lógica de que é a enfermeira que assume a responsabilidade por essa prestação de cuidados.

A “divisão do trabalho”, entendida como a análise dos procedimentos de distribuição social de actividades, é na opinião de Rodrigues (1997, p.15) um ponto de partida para a análise sociológica do trabalho. Esta “divisão de trabalho”, objecto de conflitos sociais, implica uma hierarquização de funções e uma separação entre funções sagradas e profanas², o que faz com que se valorize o profano, sempre que se valoriza a experiência pessoal como promotora de desenvolvimento, quando se encontra com o doente, em sentido total, (Meleis, cf. p.86), mas que nos ajuda a compreender a organização como problema, no âmbito das quatro dimensões (Crozier e Friedberg, cf. p.97).

A “divisão do trabalho” organizada em torno do doente, e não em torno das tarefas faz com que à enfermeira acometa uma responsabilidade em todas as etapas do processo de cuidados, desde a avaliação da situação até ao planeamento ou (re)planeamento e execução e (re)avaliação, podendo aqui emergir uma dimensão de “poder” pois é exactamente a cada uma destas enfermeiras “responsáveis” que compete a tomada de decisão

1 Doente de processo - forma de identificar o doente a quem a enfermeira acolhe e faz avaliação inicial, no sentido de um conhecimento mais adequado do mesmo.

2 Segundo a perspectiva interaccionista, a divisão do trabalho resulta de interações e processos de construção social, ao contrário da perspectiva funcionalista que tem implícita uma visão naturalista do fenómeno, isto é, a divisão do trabalho como resultado da capacidade técnica de responder a necessidades sociais, (Rodrigues, 1997, p.15).

relativamente às situações que se lhes apresentam nos «seus» doentes, emergindo a divisão do trabalho do conhecimento específico (Boudon, 1987, p.85) e cabendo às enfermeiras controlar o «seu» trabalho. (Estandarização dos processos de trabalho e das qualificações, Mintzberg, cf. p.105).

Nesta lógica da “divisão de trabalho” parece haver a possibilidade de Negociação por parte da enfermeira, sendo que esta “negociação” (Jesuino, cf. p.45), acontece de uma forma pouco explícita e essencialmente com os médicos, no âmbito da interdependência.

Importa reflectir ao nível das dimensões interpessoais e intergrupais da negociação, considerando que as suas exigências e necessidades definem o tipo de negociação a desenvolver. Ao entendermos negociação como Jesuíno (cf. p.43), necessitamos distinguir dois níveis de análise: o do contexto e o da dinâmica do negociador.

Sendo no entanto de realçar que a “negociação” com base na relação social entre as enfermeiras e os médicos, tem muito a ver e passa novamente pelo facto de compreender em que medida é que a enfermeira se vê com dificuldade em dar resposta à situação do doente essencialmente naquilo que é o seu campo funcional interdependente, isto é

daquilo em que o processo de cuidados (e não a enfermeira) depende do médico para uma adequada continuidade de cuidados ao doente.

Isto é ilustrado, parece-nos por “...nas coisas mais ou menos programadas ele(o médico) diz assim :« eu vou precisar de fazer (determinada técnica a esta senhora), venho cá a estas horas ou veja lá a que horas é que lhe dá jeito»... “(A4), na opinião desta enfermeira, há “negociação” porque é negociado o tempo e o espaço em que o processo de cuidados pode ser continuado em relação àquele doente sem que interrompa em relação a outros doentes pelos quais a enfermeira é também responsável.

Este aspecto da “negociação” é também referido pelos médicos, quando nos dizem explicitamente que “...em termos do relacionamento humano não há problema nenhum...”(B2). Depois a “negociação” em relação aos médicos passa muito mais por uma lógica da “negociação” intragrupo. Em que nos dizem “...quando existem situações mais complicadas em que cada um de nós tem dúvidas sobre a atitude a tomar, em relação à atitude terapêutica (...) nós consultamo-nos uns aos outros. (...) discutimos os doentes mais graves com quem está ali ao lado (...) as situações mais graves são sempre discutidas com todos.” (B2).

Portanto há aqui um posicionamento claro relativamente à negociação, e entre que pares é feita. A identidade social positiva, (Tajfel,1982) decorre da auto-atribuição de pertença a certos grupos sociais, uma vez que o indivíduo adquire parte da identidade através dos grupos, o que nos leva a poder afirmar que toda a negociação interpessoal comporta dimensões intergrupos e toda a negociação intergrupo comporta dimensões interpessoais. Esta visão implica que não se possa ignorar a questão do “poder”, na perspectiva em que “ as estratégias a que os indivíduos e grupos recorrem para afirmar a sua supremacia sobre os outros“ (Jesuíno,1992,p113), operacionalizam-se em negociações pelas alternativas apresentadas pelos mesmos, categoria que analisaremos mais adiante.

Em termos da enfermagem o problema também é um bocado assim, na opinião de um dos médicos, “...como nunca estamos muito tempo na enfermaria, acabamos por não estabelecer um processo negocial, contínuo, mas apenas e só em determinados aspectos que têm que ver com situações pontuais no processo de cuidados. “(B2), conforme o médico diz “...acabamos por falar de alguns tópicos sobre este doente ou aquele, eu como já conheço a enfermeira coordenadora há muito tempo e ela é que está mais tempo, porque as outras enfermeiras vão mudando, vêm enfermeiras novas, e então muitas vezes começo por falar com ela, e ela diz-me «...deixe-me ir ver, deixe-me ir colher mais dados e depois podemos então conversar com a enfermeira «responsável» pelo doente...»”(B2).

Os médicos relativamente ainda às questões da “divisão do trabalho”, referem que o facto de serem muito poucos, não há grande divisão do trabalho a fazer, o que faz com

que haja “...falta de tempo no nosso hospital, porque somos poucos, acabamos por não estabelecer muita relação uns com os outros...” (B1).

A “divisão de trabalho” no que respeita às auxiliares parte essencialmente da “normatividade” e também da “rotina” conforme verificámos antes, sendo no entanto uma “divisão de trabalho” que partindo de aspectos mais ou menos rígidos, no que respeita ao tipo de cuidados que desenvolvem, tem uma grande imprevisibilidade pelas diferentes situações que existem no serviço e que podem levar a que as enfermeiras as solicitem para uma cooperação mais efectiva.

Elas próprias têm um pouco esta noção, por exemplo quando nos referem que: “...somos mais precisas junto dos enfermeiros. Em relação aos médicos, nós não temos uma relação muito próxima, a não ser que, às vezes em termos da organização do nosso trabalho, eles (os médicos) perturbam-nos um bocadinho, pelo tipo de solicitação que fazem...”(C2), o que quanto a nós, está de acordo com o anteriormente analisado, tanto no que concerne à “autonomia”, como em relação à “autoridade”.

É interessante verificar que os médicos em relação às auxiliares, referem que “...não temos relação nenhuma. Nós não conversamos com elas, mas elas também não questionam nada; talvez exista relação entre as enfermeiras e as auxiliares, agora connosco não!” (B1).

Este é um aspecto que consubstancia análises anteriores, na nossa perspectiva e esta lógica prende-se com o facto de as auxiliares referirem relativamente à sua participação no processo de cuidados, obedecendo ou não a determinada “divisão do trabalho”, mais consubstanciado na divisão de tarefas (cf. p.97).

Diz uma das auxiliares “eu acho que as regras que são aplicadas, se adequam. Eu quando comecei aqui a trabalhar, foi assim que me ensinaram. É assim que eu costumo fazer. E acho que é um método de trabalho que se adequa mesmo aqui.”(C1).

“As auxiliares de acção médica são todas auxiliares e aí conta menos o facto de uma trabalhar e outra menos. Acho que em relação aos enfermeiros e médicos, eles têm a sua profissão e cada um faz aquilo para que estudou”(C2). Consideram também que “...no hospital, a enfermagem está extremamente bem organizada, tem uma atitude de firmeza, dirigida, não sei se isso tem a ver com o processo de enfermagem e esses métodos de trabalho, mas penso que isso é cada vez mais necessário.” (C3)

Não se verificou a observação da categoria **Negociação** na relação enfermeira / auxiliar. O que se verificou é de facto aquilo que já anteriormente referenciámos como sendo uma capacidade das auxiliares em dar resposta ao que está previamente programado e que faz parte da sua organização de trabalho, com aquilo que, pela imprevisibilidade do processo de cuidados vai surgindo como necessário, no sentido da sua colaboração, estando mais de acordo com a “autoridade” do que com a participação na tomada de

decisão, num contexto de interacção estratégica e interdependência, (Jesuino, 1997, p.220).

As funções no trabalho na unidade de internamento, e muito concretamente nesta questão das «Estratégias para a expressão das autonomias», implicam, através da nossa interpretação, a utilização de estratégias diferentes no sentido de desenvolverem o processo de cuidados, sem grandes interrupções. Por exemplo no que respeita à relação de trabalho médico/ enfermeira, verifica-se que em relação a alguns médicos isto já ficou patente nalgumas das interpretações feitas anteriormente, evidenciam-se estratégias diferentes de acordo com o tipo de trabalho que os médicos habitualmente desenvolvem. Parece-nos consistente com o que anteriormente referimos em relação à necessidade de termos em consideração o “contexto” de negociação, aqui entendido na lógica do «contexto social da produção de cuidados».

Numa lógica de exercício da autonomia por parte da enfermeira, no que respeita ao desenvolvimento do processo de cuidados em que essa autonomia se consubstancia, numa capacidade de avaliar as situações, planear a intervenção, executar e (re)avaliar no final, parece-nos que parte dessa “autonomia” se desenvolve também e com efeito uma relação de interdependência entre a enfermeira e o médico, para a tomada de decisão de ambos.

Ora , para que esta relação de interdependência não seja geradora de tensões e conflitos que impeçam o adequado desenvolvimento do processo de cuidados, por vezes é necessária a utilização de estratégias adequadas às pessoas, naquilo que anteriormente referimos como sendo a dinâmica do negociador, com alternativas apresentadas pelo próprio.

Isto é referido pela enfermeira, “...houve uma ou duas situações em que tive que lidar com ele (médico). Ele tem-se portado bem, se calhar isto acontece porque eu não lhe dou espaço para ele fazer aquilo que costuma fazer...” (A1).

“...é preciso saber lidar com cada um. Falar de maneira diferente...” (A1).

Esta, digamos, é uma atitude por parte da enfermeira, no sentido construtivo, porque conhece aquele médico. De qualquer maneira, quando existe alguma dificuldade no âmbito do processo de cuidados, quando existe uma situação, que em termos de «organização do trabalho» é referida pelas enfermeiras, é a questão de considerarem que os médicos em determinadas horas, são “...intervenientes um pouco ausentes “(A1) e, “...em relação à prestação de cuidados eu acho que eles não interferem, não alteram de forma nenhuma o trabalho do enfermeiro, na medida em que o enfermeiro se posiciona no trabalho autónomo, porque sempre que entramos na área da interdependência, o mesmo já não se passa.” (A3)

Por exemplo quando a enfermeira decide, perante a observação e a avaliação do doente que é necessária a observação do médico, faz um tipo de «negociação» com o doente, quando este está em condições de a fazer, e informa o doente que vai solicitar a presença do médico.

Acontece que muitas vezes essa solicitação é feita, mas não é de imediato satisfeita, e então segundo a enfermeira nos diz “...depois é uma situação complicada, é o enfermeiro que fica com problemas em relação ao doente também. Depois lá está, começa a defender o médico «ou passa-se qualquer coisa » o médico deve ter tido alguma complicação». Isto também para não criar ansiedade ao doente, não é?” (A1).

Um aspecto importante para esta categoria «expressão das autonomias», tem também a ver com a questão das estratégias utilizadas pelas enfermeiras no próprio processo de cuidados e consubstancia-se no sentido atribuído por algumas enfermeiras quando referem que o «método de distribuição do trabalho», pode de alguma forma contribuir para um certo individualismo, aqui entendido não no sentido da “singularidade”, mas mais próximo do “isolamento entre os diferentes actores”, o que vem contrariar a «Missão da organização» onde se preconiza entre outros o valor atribuído ao doente como central ao processo, (Meleis, cf. p.86).

Parece-nos que isto pode ser alicerçado naquilo que as enfermeiras dizem “...numa conversa com uma colega « mais velha », noto um certo individualismo. Ela própria também considera, porque de vez em quando vai dar apoio, quando o serviço de pediatria, onde trabalha, está um pouco mais leve, e fala de individualismo dos colegas mais novos. Caracteriza o individualismo como «eu fico com os meus doentes, tu ficas com os teus, e o que te acontecer a ti, tu desenrascas-te». Com os colegas «mais velhos» já não se verifica isso. E eu então quando trabalho com colegas ou com mais experiência ou «mais velhos», sabem que eu posso contar com eles e eles podem contar comigo...” (A2).

Portanto, temos aqui uma dimensão da estratégia sobre a qual importa reflectir na medida em que a desvantagem pode estar a ser potenciada, relativamente às vantagens. Na perspectiva compreensivista, este comportamento enraizar-se-á na «agregação de comportamentos» e apenas pode ser explicado se esses comportamentos forem eles próprios compreendidos (Boudon,1990,p.84), tendo apenas sentido se, se tratar de actores individuais. Uma noção como a de consciência de classe é admissível se, se lhe der um sentido individualista, isto é, se ela for interpretada como descrevendo o sentimento, que os indivíduos têm da sua pertença a uma classe. Parece-nos nesta perspectiva uma área a explorar em investigação no âmbito das identidades pessoais e colectivas.

Na questão do «exercício das autonomias» dos médicos em relação às estratégias que utilizam, é muito claro para eles a estratégia tem que ser de inventariação das necessi-

dades e das tomadas de decisão, sem estarem limitados ou preocupados com uma qualquer disposição hierárquicamente superior, no que respeita à «tomada de decisão», comportando as estratégias, quatro comportamentos base, de acordo com Crozier e Friedberg (cf. p.96-97), e consiste com o que apurámos relativamente ao processo heurístico na organização do trabalho (cf. p.202), figura 8.

Isto é ilustrado por aquilo que um médico nos diz “... a organização diz, você não fez ou não pediu determinada coisa; não tomou determinada atitude ou não fez determinado acto; se não fez foi porque não quis; podia pedir a quem soubesse.”(B1), o que quanto a nós reforça a importância do poder, tal como explicado por Freidson em Rodrigues (1997, p.51).

Portanto, digamos que a “estratégia” não é tanto situada ao nível dos “jogos” entre os médicos, para o exercício da autonomia, mas mais situada entre o grupo profissional dos médicos e a própria organização. Nesta perspectiva há, no entanto, um outro médico que considera que o facto de haver necessidade de utilizar a estratégia do conhecimento pessoal para que as relações de trabalho na unidade de internamento sejam, as mais produtivas em termos de processo de cuidados, e explicita quando diz “... a abordagem inicial (da médica), é sempre feita com a coordenadora...”, isto porque “...alguns enfermeiros já cá estão há algum tempo, mas e aqui também é um bocado falta de organização do hospital, de vez em quando há umas caras novas nos serviços; a pessoa (o médico) não está habituado e então não questiona essas pessoas...” (B2), Aqui pode ser interessante reflectir sobre o reconhecimento que é feito ou não relativamente à identidade profissional dos enfermeiros, numa perspectiva de identidade profissional e jogos de poder (cf. p.103).

Portanto, parece que a “estratégia” é «ir» pelo conhecimento e relacionamento interpessoal, para que a relação de trabalho se desenvolva o mais eficazmente possível, mobilizando o poder enquanto relação e não atributo (Crozier e Friedberg, cf. p.97), através das fontes de poder referidas pelos mesmos autores (cf. p.98).

Também relativamente às auxiliares, neste sentido, embora não sendo explícito, digamos, que a negociação ou a divisão de trabalho, acontece essencialmente no que respeita à organização do trabalho por parte das auxiliares.

É-o na medida em que elas nos referem a existência de algumas estratégias no que concerne às relações de trabalho, que mantêm com as colegas no serviço.

Por exemplo clarificam isto na perspectiva da função de «apoio», e não deixa de ser interessante se pensarmos que, a função de «apoio» tem de facto muito a ver com a já referida imprevisibilidade dos cuidados num determinado período do “processo”.

Mas as auxiliares referem em relação a este aspecto, que "... em relação ao apoio, se eu puder ajudar eu digo « se tiveres muitos banhos eu dou alguns, mas depois quando calhar o vice-versa, depois tens que te lembrar que eu te ajudei...” (C2), que nos parece uma intenção estratégica numa perspectiva de negociação (Jesuíno, cf. p.45).

Quanto às estratégias utilizadas, elas referem que, "...em relação às colegas «mais velhas », não há necessidade de desenvolver estratégias muito diferenciadas, porque já se conhecem umas às outras(...) muito embora haja colegas que fogem de fazer certas coisas. E então aí, terá que haver de facto uma estratégia que possa levar a que as pessoas desenvolvam as actividades que lhes cabem” (C2).

Um dos aspectos interessantes que as auxiliares referem, como podendo ter alguma interferência nas suas relações de trabalho na unidade de internamento, prende-se com o facto de não terem conhecimento do que os outros actores pensam delas. Referem memo que "...o que nós notamos é que se houvesse alguma coisa mal, nos diziam. Mas havendo bom, não vêm dizer.” (C2)

E então referem que já têm sugerido aos responsáveis que existam mais reuniões, mas reconhecem que se calhar também não há tempo para realizar essas reuniões.

Isto é ainda mais profundamente referido por uma auxiliar, quando refere que muitas vezes diz às enfermeiras que “naquilo que nós falhamos, que digam que é para nós podermos ir mudando.” (C3), parecendo existir de novo a manifestação do reconhecimento de «autoridade» por parte das auxiliares, tal como Freidson sugere.

Na perspectiva das enfermeiras, o papel da auxiliar é importante para os doentes, embora seja de ter em linha de conta as características individuais / pessoais, mas que há doentes e auxiliares que conseguem estabelecer relações óptimas, o que na perspectiva das enfermeiras facilita a continuidade dos cuidados a partir do momento em que a informação é um aspecto chave na própria produção de cuidados aos doentes internados, mobilizando a legitimação dos saberes, através da socialização (Berger e Luckman, cf. p.113).

Ainda nesta lógica do **jogo** ou da **estratégia** utilizada em termos da relação de trabalho na unidade de internamento, há enfermeiras que referem “...na maioria das vezes a relação é boa, até existe uma relação de ajuda, centrada nos doentes. Por exemplo quando a enfermeira diz - «olhe, o sr X não se alimenta bem, se calhar é melhor providenciarmos a alimentação através de uma sonda».” (A3)

As pessoas neste sentido, tentam não só valorizar, isto é, observar os doentes que lhes estão atribuídos, mas também o doente que está ao lado e portanto isto acaba por ser uma estratégia de produção de cuidados na perspectiva da qualidade dos mesmos.

Muitas vezes, digamos, que neste relacionamento e segundo esta enfermeira, “...nem sempre é valorizado aquilo que a enfermeira refere, isto sobretudo pelo médico, o que na perspectiva dela não é bom, deixando-a mesmo por vezes um pouco magoada.” (A3)

Ela refere ainda que “...a estratégia de intervenção sobre determinados aspectos, vai depender uma vez mais das características pessoais dos médicos (...) se fosse este médico eu fazia(...) mas como é aquele, é um bocado mais difícil,...isto porque não sei como é que ele vai reagir.”(A3)

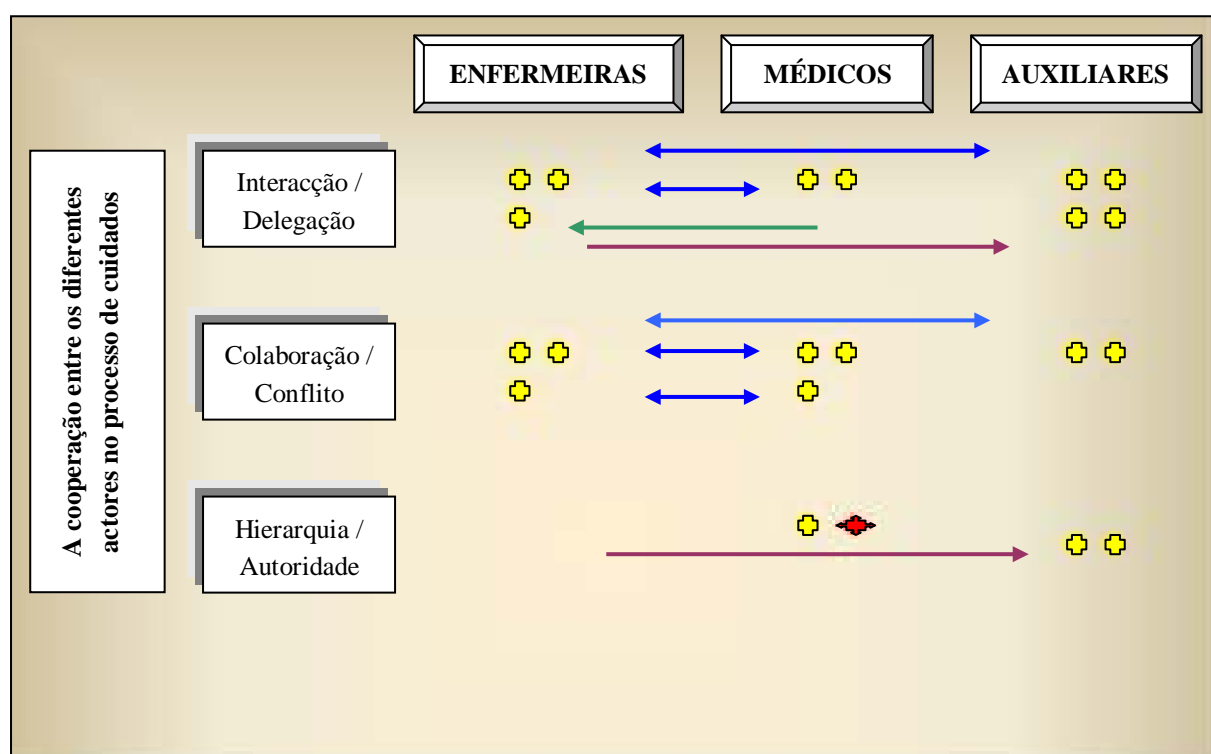
No que concerne ao relacionamento com as auxiliares esta enfermeira refere que vai depender também muito, em termos da relação de trabalho, da estratégia que ela usar com as auxiliares, porque há aquelas auxiliares que pelo tempo que já têm no serviço, pela socialização de que foram alvo, por todos estes aspectos, passam junto aos doentes e aquilo que observam e aquilo que ouvem, referem às enfermeiras no sentido de complementar a informação.

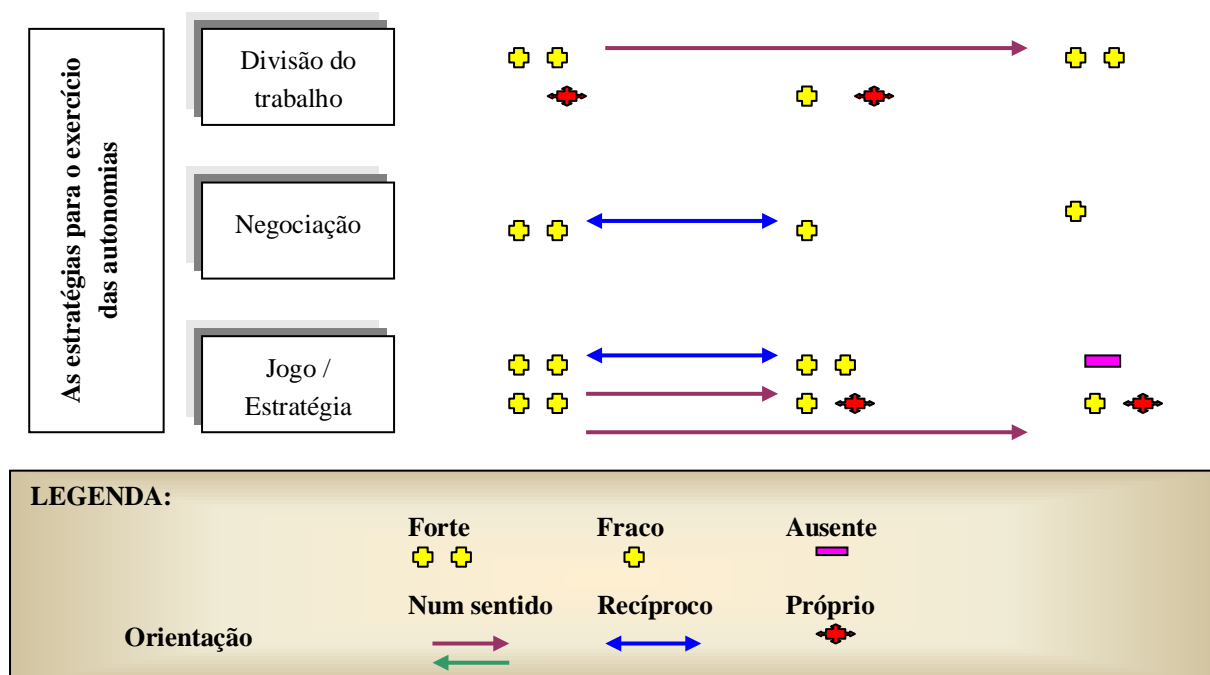
No entanto, “...há outras que não têm ainda esta capacidade, de chegar junto de nós e dizer: « passa-se isto ou passa-se aquilo...”(A3).

Ainda relativamente às auxiliares com maiores dificuldades de integração, esta enfermeira é de opinião que por vezes utiliza a estratégia de solicitar colaboração a uma colega para a execução de alguns cuidados ao doente, ao invés de o solicitar à auxiliar, porque considera que a qualidade dos cuidados poderia eventualmente ficar prejudicada, se fizesse o contrário.

Na figura 12, pretendemos ilustrar a síntese dos resultados deste capítulo, que passaremos a comentar.

Figura 14 – Posição dos actores face às diferentes categorias emergentes da INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO





Síntese do capítulo 3

O esquema ilustrativo da posição dos actores face às categorias emergentes da “Interacção Social”, (figura 12), mostra que relativamente “À cooperação entre os diferentes actores no processo de cuidados” e concretamente em cada uma das categorias, os actores se posicionam de forma diversa, atribuindo sentidos de orientação também diferentes.

Assim, relativamente à “interacção” verificamos ser forte em todos os actores, identificando-se orientação recíproca entre as enfermeiras e os médicos e as enfermeiras e as auxiliares, sendo ausente entre estas e os médicos. Pela análise dos dados verificamos ser visível a "estrutura social" com base na interacção entre os diferentes actores.

Salientamos o facto de na interacção enfermeira/auxiliar, emergir essencialmente um ganho na qualidade dos cuidados a prestar pela enfermeira aos doentes mais dependentes, na medida em que delegar adequadamente e supervisionar os cuidados a prestar pelas auxiliares aos doentes independentes.

A delegação é vista pelas auxiliares como uma ajuda às enfermeiras e não aos doentes, encontrando-se sempre na dimensão de validação, o que contribui para a socialização e legitimação dos saberes práticos das mesmas.

No que respeita à “delegação” é forte na orientação das enfermeiras para as auxiliares e fraca entre os médicos e as enfermeiras. As enfermeiras consideram existir dificuldade

no reconhecimento, por parte dos médicos, quanto ao seu campo de competências o que conduz por vezes a uma confusão gerada em torno de que o enfermeiro cooperar com o médico, não é ajudar o médico, mas sim o doente.

Em nossa perspectiva esta postura, ajuda a clarificar o campo autónomo, não pela oposição, mas pela clarificação das especificidades, numa perspectiva interdisciplinar.

Esta reflexão, sugere-nos a seguinte questão: Se não é dada a importância e a valorização da metodologia do processo de cuidados do enfermeiro, como é que ele pode dar visibilidade à fundamentação das suas decisões?

Quanto à “colaboração”, verificamos ser fortemente recíproca entre médicos e enfermeiras e entre estas e as auxiliares, não existindo entre as auxiliares e os médicos. Podemos referir que a relação entre os grupos referidos é de natureza potencialmente conflituante, considerando, no entanto, ser o conflito um contributo para a diferenciação intergrupala.

Quanto a nós, as mudanças estão a ocorrer no interior do processo de cuidados, na perspectiva de interacção que aí se desenvolve, o que se pode aproximar do modelo endógeno de Boudon, para a mudança social.

Ilustra este facto, o papel social que a organização espera dos diferentes actores, sendo que se espere que o médico cure ou trate. Do enfermeiro é esperado que em muitas situações avalie e decida sobre a necessidade ou não da intervenção do médico, no processo de cuidados.

O “conflito” é recíproco entre enfermeiras e médicos, mas com sinal fraco, conforme vimos ao longo da análise dos dados. Surge, no entanto, mais forte entre estes dois profissionais, quando o doente se situa no centro das preocupações e as orientações paradigmáticas são elas próprias geradoras de conflito (orientação para a cura e/ou para o bem-estar).

No que concerne à “hierarquia” parece ser assumida apenas pelos médicos, mas intra-grupo o que nos parece reforçar o aspecto corporativista da profissão. Isto pode também dever-se ao facto de o trabalho ser essencialmente controlado pelo operacional, o que pode conduzir a que não haja referência explícita em termos de consciência discursiva, o mesmo se passando com as enfermeiras ao contrário do verificado com as auxiliares, que assumem situar-se na dependência hierárquica das enfermeiras, de cuja autoridade dependem na prestação de cuidados, tanto na orientação, como na formação / socialização.

A “autoridade” é referida pelos médicos, atribuindo-lhe estes um sentido de serem eles próprios a autoridade no que respeita às decisões, fazendo com que mobilizando o que pensam sobre hierarquia e autoridade, desenha mais efectivamente a autonomia para a tomada de decisão que os conduz ao "poder".

Quanto à dimensão “As estratégias para o exercício das autonomias”, fazemos a seguinte apreciação por categoria, procurando enfatizar a importância da autonomia para a evolução do estatuto de enfermagem, essencialmente no que consideramos ser o controlo próprio do trabalho, sem dependerem de outros profissionais ou da organização.

A “divisão do trabalho” parece acontecer “num sentido” das enfermeiras para as auxiliares, com forte atribuição de importância, que no tema anterior se pode relacionar com as categorias “autonomia” e “interdependência”, relativamente a estes dois actores, (figura 3). Para As enfermeiras, a divisão do trabalho passa pelas mesmas normas da organização, essencialmente as que decorrem do sistema de classificação de doentes, comportando o grau de dependência dos doentes internados; a quantidade de trabalho e a experiência profissional das enfermeiras, numa clara alusão ao interrelacionamento dos diferentes tipos de saberes.

Enquanto que as enfermeiras atribuem grande importância à “divisão do trabalho” intra-grupo, os médicos atribuem-lhe uma importância fraca, referindo para isso a questão do défice de recursos humanos.

Parece-nos que este posicionamento pode estar relacionado com a situação social em estudo, onde a divisão do trabalho para as enfermeiras está organizada em torno do doente e não em torno das tarefas, faz com que às enfermeiras acometa a responsabilidade em todas as etapas do "arco de trabalho", fazendo com que possa emergir uma forma de poder das enfermeiras responsáveis para a tomada de decisão em enfermagem.

No que concerne à “negociação”, verificamos que as enfermeiras lhe atribuem grande importância, numa perspectiva de interdependência com os médicos, e isto num sentido recíproco, que acontece com os médicos mas em que é atribuída menor importância. Isto acontece, numa lógica de contexto social da prestação de cuidados, onde a negociação ocorre no âmbito da interdependência médico-enfermeira, quanto ao tempo e ao espaço em que o processo de cuidados pode ser continuado em relação a um dado doente, sem que se interrompa em relação a outros doentes, pelos quais também são responsáveis.

Podemos aqui entender a negociação como potencializadora de autonomia, quando a primeira é desenvolvida e enquadrada no âmbito das interdependências, tendo em vista a tomada de decisão partilhada quanto ao processo de cuidados.

Nas auxiliares, a “negociação” está ausente, enquanto estratégia para o exercício das autonomias, passando exclusivamente pela organização do trabalho entre elas.

Ainda neste âmbito e relativamente ao “jogo” verificamos a importância atribuída ao mesmo, tanto pelos médicos como por enfermeiras, e isto reciprocamente, o que parece ilustrar a importância da cooperação entre os actores numa perspectiva estratégica, para a produção de cuidados de qualidade.

O “jogo” parece estar ausente na lógica das auxiliares, parece-nos que devido essencialmente à questão da organização do trabalho ser rotineira e serem actores cuja acção depende da acção dos outros, ou das normas instituídas.

No que concerne à “estratégia”, é forte nas enfermeiras, tanto na interacção com os médicos, como com as auxiliares, acontecendo essencialmente neste sentido, tanto com um actor como com outro. A estratégia no que concerne às auxiliares, prende-se muito com a formação/socialização, clarificando-se aqui o papel social das enfermeiras, quanto a esta categoria.

Salientamos que em relação aos médicos, a estratégia intra-grupo não é muito valorizada, mas situa-se essencialmente no âmbito do processo heurístico da organização do trabalho, que já referimos antes.

Decorrente da lógica com que analisámos esta dimensão, ocorre-nos o seguinte comentário contributivo para a reflexão: As enfermeiras atribuem grande importância ao “tempo” para a execução dos cuidados e atribuem pouca importância ao “tempo” para avaliação e planeamento dos mesmos, o que não acontece, por exemplo, na organização do trabalho médico em que o “tempo” usado para a tomada de decisão é sempre mais longo que o que é atribuído à execução.

4 - PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES E FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS

Este tema é composto por duas dimensões - *O doente na dinâmica social do processo de cuidados*, onde identificámos três categorias, e *A família na dinâmica social do processo de cuidados*, com duas categorias, conforme quadro seguinte.

Quadro nº 16 - Relação entre as dimensões e categorias no tema: PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS

DIMENSÕES	CATEGORIAS
O doente na dinâmica social do processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Papel do doente• Singularidade• Participação nas decisões
A família na dinâmica social do processo de cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Papel da família• Participação nas decisões

O doente na dinâmica social do processo de cuidados

De acordo com o nosso objecto de estudo e com os objectivos do mesmo, interessa-nos clarificar qual é o papel do doente e da família no processo de cuidados, na perspectiva dos diferentes actores (enfermeiras, médicos e auxiliares), mas em que o investigador desempenhou um papel importante aquando da observação realizada no contexto do «processo de cuidados ».

Procurámos compreender o «Doente na dinâmica social do processo de cuidados». De uma forma geral e em relação ao «**papel do doente**» (Strauss, cf. p.95), aquilo que os diferentes actores nos dizem, é um pouco heterogéneo, embora pensemos que se possa encontrar alguma regularidade naquilo que consideram e mostram ser o seu desempenho de acordo com a participação dos doentes, numa perspectiva mais ou menos consentânea com o paradigma humanista (cf. p.93-94 e cf. p.123).

Como profano que é, o doente não sabe interpretar o que caracteriza a sua doença, nem avaliar correctamente o tratamento a que está submetido. Por outro lado os diferentes

actores estão menos implicados na doença, que o próprio doente o que por vezes conduz ao desenvolvimento de conflitos entre os pontos de vista do doente e o dos profissionais (essencialmente as que emergem das “rotinas” do serviço, como vimos anteriormente). Também na perspectiva de Freidson (cf. p.123), cada doente vive o seu próprio problema enquanto que os profissionais se ocupam de todos os doentes e relacionam as necessidades (dos doentes), considerando a energia e o tempo de que dispõem eles próprios.

Por exemplo e relativamente às enfermeiras, aquilo que elas valorizam da participação dos doentes, começa por ser, a situação que traz o doente ao internamento; qual é o nível de participação que ele efectivamente consegue ter. E aí, segundo uma enfermeira nos diz, há duas situações.

Há aquele doente que não participa, não participa de nenhuma forma. Esta enfermeira entende que a participação do doente nos cuidados começa por, “...o doente vir perguntar, é o doente vir interagir connosco.”(A2) “...e muitas vezes isso não se passa, nós é que temos que ir...”(A2).

Por outro lado, há também aqueles doentes que procuram participar um pouco mais na dinâmica, essencialmente por estarem preocupados exactamente com essa dinâmica.

Há pouco referimos que o facto do médico, por exemplo, não estar em determinado momento, em que é necessário para avaliar uma determinada situação, aguarda-se depois a chegada dele, uma das formas que as enfermeiras referem que os doentes participam, tem exactamente a ver com os doentes questionarem e exigirem a presença do médico relativamente à avaliação da sua situação.

O modelo de interacção médico/doente, apresentado por Szaz e Hollander (citados em Freidson,p.312), ajuda-nos a compreender esta situação na medida em que permite caracterizar esta interacção em - activo/passivo; condução/cooperação e participação mútua. A crítica que se faz a este modelo é que não existe a possibilidade de padronização, na perspectiva que temos vindo a defender, que é a da singularidade.

Nesta dimensão «**Participação...**» não é estranha concerteza, a caracterização frequente dos doentes internados neste serviço, de que falaremos um pouco mais adiante, (cf. p.282-283).

De qualquer modo e, para outra enfermeira, a participação do doente também depende muito da forma como a enfermeira interage com esse mesmo doente.

E diz ela “...sim nós vamos sempre, porque o doente ao princípio não consegue por exemplo, comer sózinho, ou pentear-se ou lavar a face ou enxugar as mãos, mas isto deve ser potenciado, a participação do doente, na perspectiva de que vai trazer o aumento da auto-estima dos doentes “(A4), o que nos

parece consonante com o postulado por Meleis (cf. p.86), ao considerar o doente como parceiro no processo de cuidados.

Pode ter significado para interpretação, o facto de os médicos considerarem que os doentes não têm (em principio) qualquer tipo de participação no processo de cuidados.

Os doentes estão ali porque precisam da decisão de alguém, em termos de correcção, em termos de cura, em termos de reparação daquilo que não está bem, e portanto, os doentes não sabem, os doentes não têm conhecimentos suficientes para poderem fazer essas intervenções, daí a razão porque estão ali, portanto, não têm qualquer nível de participação, na perspectiva dos médicos, (paradigma biomédico, cf. p.93-94).

Que relação terá esta lógica com a questão da assumpção de autoridade/poder, com base na convicção de que o «saber médico» permite estabelecer esta diferença? Parece-nos ser evidente a mobilização do saber, como estratégia e fonte de poder (Crozier e Friedberg, cf. p.98).

Relativamente às auxiliares, elas consideram que os doentes participam, até participam bastante no que respeita à intervenção que elas próprias fazem, porque sabemos que as auxiliares têm uma actuação muito mais continuada junto dos doentes independentes e dos doentes parcialmente dependentes, o que pode ter alguma influência nesta leitura, relativamente à « participação...», mas que não deixa de ser interessante até pelo facto de, como elas referem “...os doentes estão mais perto de nós, porque nós estamos muito tempo ao pé deles. Porque os doentes gostam de conversar, muitas vezes até custa interrompê-los.”(C1), parecendo-nos claro, que apesar de mobilizarem essencialmente conhecimentos práticos, são sensíveis à utilização de um modelo de cuidar, centrado no doente, onde a valorização de auto-estima é importante, (cf. p.125).

Um dos aspectos também referenciados por dois dos actores do processo de cuidados, prende-se com a «singularidade» (cf. p.85-86), que enquanto categoria desta dimensão, tem interesse porque permite interpretar em que medida os actores do processo de cuidados valorizam o facto de cada indivíduo possuir características próprias, não só relativamente à sua pessoa, mas relativamente à situação que vivem neste momento do internamento, e portanto, interessa-nos verificar até que ponto isto é valorizado na dinâmica da construção do processo de cuidados, também na perspectiva apontada por Freidson (cf. p.123).

Assim, as enfermeiras valorizam este aspecto, na medida em que, por exemplo, dizem que em relação ao tempo de internamento tem uma importância extrema porque “...primeiro conheço melhor o doente, já sei através do plano de cuidados que ele gosta de tomar banho

primeiro; ou que gosta de realizar determinada actividade em determinada hora e portanto organizo-me em função desses aspectos.”(A1)

O que nos parece muito claro relativamente à valorização da «singularidade» por parte da enfermeira, numa perspectiva de o doente ser considerado como pessoa e não como indivíduo, com "partes afectadas" (Pearson e Vaughan, cf. p.79-80).

Outro aspecto também clarificador da intervenção da enfermeira na valorização da mesma categoria, no “papel do doente” na dinâmica social do doente no processo de cuidados» pensamos que se pode ilustrar com “... não podemos ver só o doente que necessita de ajuda total em todas as AV(...) mas tudo o que extrapola, tudo o que vai além disso (...) não é só o facto dele precisar de uma ajuda total no banho, que eu vou logo fazer esse conjunto de cuidados. Ou seja, aqui neste serviço, durante o tempo que cá trabalho, tenho visto efectivamente sempre as mesmas patologias e as manifestações em termos patológicos também são muito idênticas. Mas o interessante da questão é que a mesma doença (como é que hei-de explicar), a mesma doença que o doente sofre, manifesta-se de muitas maneiras diferentes e o doente reage, quando tem conhecimento da sua doença, também de maneiras diferentes. Mesmo psicologicamente ao longo dos dias de internamento a evolução que o doente tem, é totalmente diferente de doente para doente e isso implica de facto a individualização.”(A2)

“..terá alguma coisa a ver com o tipo de doença, uma tem sobretudo a ver com a individualidade/ personalidade que o próprio indivíduo tem em relação à sua própria doença...”(A2).

E aqui, uma vez mais, emerge a questão da valorização que é dada também por uma lógica de um determinado «modelo de cuidados», que está subjacente a este tipo de intervenção, a questão da “**singularidade**” do doente.

Ainda outra manifestação da valorização desta mesma “**singularidade**”, é referida por uma outra enfermeira, duma maneira completamente diferente até aqui.

Diz esta enfermeira que “...a pessoa está num meio hostil, (...) para ele realmente é hostil e então.... como ele está aqui de passagem, que esta passagem seja o menos marcante negativamente e que a minha intervenção seja no sentido de ajudá-lo a tornar-se independente o mais rapidamente possível ”(A4), o que parece ser consistente com a opinião de que, uma vez que o doente é hospitalizado, torna-se relativamente dependente e incapaz; talvez até desmoralizado pelo sentimento de ter sido despojado duma parte da sua identidade normal, como sugere Goffman (1968 - Asiles, Editions Minuit, Paris), podendo mesmo entrar em conflito com o pessoal, essencialmente por questões relacionadas com as rotinas do serviço (Freidson, cf. p.123).

A utilização de um “modelo de cuidar” que valorize o papel do doente neste processo, parece-nos que estará mais próximo de um paradigma humanista na saúde (cf. p.93).

“...Se o objectivo para restabelecer a independência, é manter ou recuperar as actividades ou os hábitos de vida das pessoas, como por exemplo a pessoa gostar de tomar banho duas vezes por dia, porque não eu valorizar esse aspecto e, ajudar a que a pessoa se sinta de facto cuidada?”(A4).

Aqui, a enfermeira mobiliza um aspecto extremamente importante na nossa percepção, que interpretamos como o procurar considerar o doente como alguém com um «estatuto» importante no processo de cuidados (o doente como parceiro), isto porque a enfermeira diz-nos o seguinte; “a nossa função também é negociar um bocadinho (...) negociar com as pessoas e levá-los a perceber um pouco, que às vezes é necessário transformar alguns hábitos que temos desenvolvido de forma menos adequada.”(A4), (Meleis, cf. p.86).

Este é, quanto a nós um pressuposto extremamente importante na perspectiva da mobilização do «saber teórico» em enfermagem.

Neste quadro de valorização das capacidades do doente na «Dinâmica social do processo de cuidados», não são muito claros os diferentes actores em termos de discurso, relativamente àquilo que aqui considerámos como “*participação nas decisões*”.

Por exemplo em relação às enfermeiras, dizem “...em relação à participação dos doentes, eu tento sempre que eles façam; peço sempre ajuda, digo - veja se pode fazer isto ou aquilo; mas quando eles não podem eu estou lá, mesmo para isso, para os substituir, quando eles não podem fazer.”(A1)

Este é um aspecto que em termos de tomada de decisão pode parecer não muito valorizado explicitamente mas em que no dia-a-dia, naquelas questões que têm que ver não só com o papel atribuído ao doente no processo de cuidados, bem como à “singularidade” acabamos por, de uma maneira implícita, verificar que há por parte das enfermeiras, a sensibilização e a promoção para que, por parte dos doentes haja participação nas tomadas de decisão.

Em relação ao posicionamento dos médicos no que respeita a este aspecto, podemos observá-lo de acordo com o que refere uma médica, “... em relação à participação dos doentes, sou muito céptica em relação a isso, porque acho que a maior parte das pessoas não estão preparadas para esse tipo de coisas, por exemplo participar na decisão da alta clínica.”(B2)

Uma das justificações que a médica apresenta, prende-se com o facto de termos uma população muito idosa (conforme podemos confirmar pelos dados de caracterização do serviço e pelos próprios dados que colhemos durante a nossa observação e que apresentamos no quadro nº 17, cf. p.282).

Este parece-nos ser um aspecto interessante para reflexão na medida em que a questão do poder dos profissionais é atravessada por visões contraditórias. Por exemplo na perspectiva de Freidson, que analisa o poder sobre a divisão do trabalho no seu próprio

domínio, começam a surgir outras teses com base em estudos a partir de fenómenos como, a emergência de actores/ consumidores menos passivos e com maiores expectativas de participação, a escolarização generalizada e universal, implicando uma melhoria dos níveis educativos e informacionais dos indivíduos, a tendência para a especialização; a rotinização e codificação da informação, teriam como principal consequência uma tendência para a desprofissionalização. (Rodrigues,70)

Podemos eventualmente associar esta lógica, a um certo “medo” dos profissionais médicos perderem o “poder” que lhes advém do conhecimento.

No que concerne às enfermeiras, o “saber teórico” parte exactamente do pressuposto de que a pessoa é o principal responsável pela sua saúde, razão pela qual deverá ser estimulado a aprender, sendo esta uma forma de humanizar os cuidados.

Ao passarmos para a questão dos aspectos que a observação permitiu fazer emergir, verificamos que por exemplo, as formas de participação dos doentes nos cuidados, acabam por acontecer um pouco, digamos, baseados na passagem de turno. Ao participarem na passagem de turno, fornecem um conjunto de informação que complementa, que torna mais real essa informação, como por exemplo o doente dizer “...não dormi praticamente durante toda a noite, é por isso que tenho dores de cabeça...”.

Este é um aspecto que voltamos a referir no que concerne à questão dos “registos”, pois é uma informação que não é habitualmente registada em local próprio; é uma informação que se esbate e que só, quando nas passagens de turno em que está pelo menos alguém /algum dos enfermeiros que esteve presente na passagem de turno onde se produziu esta informação, pode ser mobilizada. Sendo este um aspecto interessante para a discussão.

A participação dos doentes verifica-se também a nível da execução de alguns cuidados, que não têm que ver com a satisfação das necessidades humanas básicas, mas que de acordo com o grau de dependência / independência do doente, as enfermeiras orientam no sentido de estes poderem colaborar mais activamente no processo de cuidados, como é o caso por exemplo de ensinar o doente a forma de colher urina para análise, dando-lhe o material necessário e o “espaço” para colocação de dúvidas e realização da tarefa.

A “consciência discursiva” de que se estimula a participação dos doentes no processo de cuidados, através da mobilização dos doentes para a execução de pequenas tarefas, digamos que é consubstanciada pela “consciência prática” observada, quando por exemplo a enfermeira chega junto de um doente, que é totalmente dependente, mas que a enfermeira quer estimular à participação nos cuidados “informa o doente dos cuidados que

vão ser desenvolvidos, dirigindo a atenção do doente para si; solicita a mobilização dos membros superiores e inferiores, bem como a mobilização para os decúbitos laterais direito e esquerdo e este estímulo ao doente é conseguido sem procurar colaboração de outro qualquer elemento da equipa; levantar o doente para o cadeirão e verificar que o doente apresenta secreções profundas e não consegue expeli-las; mobilizar a participação do doente, no que diz respeito à tosse e à colaboração para a aspiração de secreções “.

A participação do doente sem haver o estímulo directo da enfermeira, ou de qualquer outro profissional também é observado a partir do momento em que por exemplo, “um doente solicita à enfermeira que registe determinada informação, que na sua perspectiva deve ser do conhecimento do médico, mas através do registo que a enfermeira faz”.

Outro tipo de participação acontece quando o doente tem uma perfusão em curso e foi ensinado pela enfermeira nos cuidados a ter com a perfusão, durante os cuidados de higiene e conforto, para não a obstruir.

A partir do momento em que termina os cuidados de higiene, o doente avisa a enfermeira, dizendo “...sr^a enf^a já me pode ligar o soro “, ao que a enfermeira responde “Deite-se um bocadinho, que eu já lá vou“.

Também a nível da comunicação verbal, isto é extremamente importante, porque atendendo a que a grande maioria dos doentes tem dificuldades e / ou alterações a nível da comunicação verbal, é extremamente importante a atitude das enfermeiras em estimularem a participação dos doentes, também neste aspecto.

Um exemplo é o seguinte “a enfermeira responsável pelo doente, dá tempo a que ele se expresse, valorizando as tentativas que ele faz em termos de comunicação verbal, apesar do doente ir referindo que tem dificuldades e que já não sabe dizer nada; a enfermeira refere-lhe que não é bem assim, que ele é capaz de se expressar, tanto que ela o compreende. O doente entretanto diz à enfermeira que se quer levantar para o cadeirão, sendo este um aspecto que é valorizado e tido em, linha de conta em termos de planeamento, na mesma participação”. A enfermeira demonstra a sua valorização desta vontade do doente, referindo-lhe isso mesmo, (Meleis, cf. p.86).

Passado algum tempo, um outro doente a quem a enfermeira também tinha feito levantar, diz que “se quer deitar, referindo que está muito cansado. A enfermeira fala com o doente, dizendo-lhe que ainda está há pouco tempo sentado e que na cama não vai pôr-se bom tão depressa. Assim sentado os músculos ficam mais fortes e respira melhor. O doente concorda em ficar mais tempo sentado”.

Parece-nos importante interpretar esta dimensão da participação dos doentes, na dinâmica social do processo de cuidados, a partir do momento em que essa participação é valorizada e possível por parte dos actores no processo, que valorizam à partida essa mesma intervenção.

Este é um aspecto que interessará aprofundar mais numa lógica de organização de cuidados numa perspectiva interdisciplinar, porque à partida conforme já referimos anteriormente as tomadas de decisão médica têm pouco em linha de conta com a opinião dos doentes em relação a essa questão.

No entanto, ilustramos com uma situação que pode ser considerada como de alguma valorização por parte do médico, relativamente à participação dos doentes no processo de cuidados.

“ Estava prevista «alta clínica» de uma doente para uma determinada data, e «durante a noite a doente que de facto não tinha uma situação geral de capacidade de satisfação das NHB, essencialmente em relação à segurança, a doente começou por manifestar algumas reacções do tipo não conseguir levantar-se do leito, referindo tonturas, nauseada, só de levantar a cabeça do travesseiro; dados que foram referidos logo na passagem de turno.

Aquando da visita médica, na presença das enfermeiras « responsável » e coordenadora, referem esta situação à médica.

A médica reafirma a alta clínica, até porque a doente não apresenta naquele momento critérios médicos que justifiquem a continuidade no internamento.

Entretanto a doente manifesta o mesmo tipo de reacções, de respostas a uma determinada situação, que a médica procura clarificar. E procura clarificar situando-se na questão da patologia. Entretanto conversa com uma outra médica, referindo o facto de o motivo de internamento ser uma «anemia crónica», sem qualquer hipótese de solução, dado o adiantado estado da situação e a idade da doente, e que portanto é uma situação que pode perfeitamente ser seguida em consulta externa e não no internamento hospitalar.

A doente continua a referir que não se sente em condições de ir para casa e a médica acaba por anuir em adiar a alta para o dia seguinte”.

Entretanto em conversa com a enfermeira “responsável” ficámos a saber que, provavelmente a doente estaria com este tipo de reacção porque no dia anterior um familiar teria dito e a doente provavelmente terá ouvido, teria dito que “era bom que conseguissem fazer com que a m... ficasse internada naquele fim-de-semana, pelo menos até passar a Páscoa, porque assim não iria perturbar a família, se fosse ainda doente para casa»”.

Na nossa perspectiva a intervenção da enfermeira terá sido importante no sentido da (re)avaliação da situação, para compreender as razões que estariam subjacentes à alteração da situação da doente, no sentido em que negociou com a médica a tomada de decisão, sendo neste caso, claramente a mediadora do doente como parceiro do processo de cuidados (Meleis, cf. p.86) e (Strauss, cf. p.95).

A família na dinâmica social do processo de cuidados

No que respeita à família, de uma forma geral enquanto o doente está internado questiona bastante as enfermeiras, parecendo ser este um **Papel da família**, aceite por todos os intervenientes no “processo”.

O questionamento é feito através do contacto telefónico, a qualquer hora do dia, no turno e, depois na “hora das visitas” com questões mais concretas, relativamente à situação do doente.

Retomamos neste ponto, o que afirmámos anteriormente quanto ao facto de as enfermeiras, neste período de serviço estarem pouco disponíveis para o atendimento dos familiares (relacionado com a organização do trabalho- «hora dos registos») e que por outro lado o tipo de informação é pouco centrado nos “saberes teóricos” da enfermeira, mas em que a família é muitas vezes estimulada a procurar “informação” junto do médico assistente.

Isto faz com que se perca uma oportunidade importante de preparar a família para a continuidade dos cuidados no exterior do hospital.

No que concerne ainda ao papel da família junto da enfermeira há também a realçar o facto apontado por algumas enfermeiras de que “...muitas vezes a situação do doente, a situação real ou a situação construída tanto pelo doente como pelos familiares, é o que despoleta a procura do enfermeiro (...) isto porque por vezes em termos da comunicação, segundo as enfermeiras, o próprio doente, e este será um aspecto a reflectir em relação à passagem de turno, a utilização de alguma linguagem técnica faz com que a comunicação não seja feita na íntegra por parte do doente, que quando o familiar chega pode referir-lhe “que sofre duma doença com alguma gravidade”:

Tanto assim que a enfermeira até empregou um termo que ele não conseguiu decodificar. Esta muitas vezes é uma razão que traz os familiares a procurar as enfermeiras”.

No que concerne tanto ao **Papel** como à **Participação nas decisões**, por parte da família parece haver uma opinião idêntica por parte dos médicos, da que já foi manifestada em relação aos doentes. A justificação dada pelos médicos, para o facto de não envolverem os familiares dos doentes nas tomadas de decisão, deve-se essencialmente ao facto de não os considerarem preparados para isso, associando ainda o facto dos doentes serem na sua maioria idosos e esse ser um factor dificultador.

Segundo opinião duma médica, este facto, faz com que “haja uma tendência por parte dos familiares em não aceitarem de bom grado, as altas relativamente precoces dos seus familiares idosos. A velhice não é ainda um estado, digamos, ao qual a sociedade reconheça o «estatuto» que efectivamente tem, e como tal levantam-se algumas dificuldades neste sentido...”(B2)

Esta é a justificação desta médica, para tomar esta posição e diz mais “...conversar com a família sobre a alta, não! Não porque se, se conversar, dizem todos que não pode ser para o dia ou semana em que está prevista a alta clínica.”(B2)

Da observação das práticas podemos destacar duas situações que contribuem para compreender mais adequadamente a valorização que é atribuída à participação da família nas tomadas de decisão.

Uma das situações retrata aquilo que poderemos designar de «valorização positiva» “o doente era dependente de cuidados de enfermagem, não havendo possibilidade de cuidados domiciliários¹ no imediato. A esposa do doente, idosa, não tinha condições físicas para cuidar do marido, que por sua vez devido à idade e sequelas físicas da doença apresentava poucas possibilidades de recuperação, condicionou a «alta clínica», levando a que a decisão médica fosse a de adiamento”.

A outra situação seleccionada, parece-nos paradigmática de uma «valorização negativa», “quando um familiar de uma doente internada tem comportamento menos correcto para com as enfermeiras, exigindo a presença da médica assistente junto da familiar, argumentando que não estão a ser desenvolvidas as acções que ele considera necessárias para resolver a situação de doença. As enfermeiras procuram esclarecer o indivíduo quanto ao « processo de cuidados » que está a ser desenvolvido «para» a doente, mas o familiar insiste em falar com a médica. Esta atende-o (não foi possível assistir a esta conversa, pois não tivemos acesso ao local onde a mesma se realizou - serviço de urgência) e quando vem à unidade, refere « ter vontade de dar alta à doente, porque o familiar tem sido um inconveniente»”.

Relativamente às enfermeiras há um pouco a noção contrária, o que faz com que devamos estimular a ênfase que é colocada na “educação” familiar quanto à necessidade que as pessoas têm em sentir-se apoiados, para conseguirem readquirir um equilíbrio que lhes proporcione algum bem - estar. A ilustrar esta postura temos a situação descrita, no final da dimensão tratada anteriormente, onde a família indirectamente, cria uma situação que leva (aparentemente) o doente a procurar protelar a sua “alta clínica”.

Na figura 13, procuramos ilustrar a síntese deste capítulo, no que respeita à valorização dada pelos diferentes actores, à participação dos doentes e família no processo de cuidados.

¹ Cuidados domiciliários – são cuidados que advêm das necessidades dos doentes/famílias que não têm capacidades para os desenvolver, sendo por isso necessária a intervenção de enfermeiras (funções autónomas) e enfermeiras e médicos (funções interdependentes). Estes cuidados podem ainda ser prestados por pessoas não diferenciadas, mas sempre sob orientação e supervisão das enfermeiras.

Figura 15 - Valorização dos actores do processo de cuidados, face às categorias emergentes da PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES E FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS

		ENFERMEIRAS	MÉDICOS	AUXILIARES
O doente na dinâmica social do processo de cuidados	Papel do doente	++	-	++
	Singularidade	++	-	+
	Participação nas decisões	++	+	-
A família na dinâmica social do processo de cuidados	Papel da família	+	-	-
	Participação nas decisões	+	-	-

LEGENDA:			
Forte	Fraca	Ausente	
++	+	-	

Síntese do capítulo 4

A participação dos doentes e família no processo de cuidados é vista de forma diferente pelos diversos actores, conforme verificámos até aqui.

Assim, no que concerne ao “papel do doente”, as enfermeiras e as auxiliares valorizam fortemente a participação do mesmo nos cuidados, não só quando a iniciativa é do doente, mas quando desenvolve atitudes de estímulo a essa participação, o que parece ser consonante com o paradigma humanista (cf. 93), atendendo a que no caso das auxiliares a socialização/formação é desenvolvida neste sentido e em que as enfermeiras têm uma intervenção formativa.

Na perspectiva da enfermeira a participação do doente, acontece: na situação que traz o doente ao internamento; no nível de participação que ele (doente) consegue ter na dinâmica dos cuidados.

A participação do doente pode ainda depender da forma como a enfermeira interage com ele, isto é, se o valoriza como centro do processo de cuidados ou não.

Os médicos não valorizam a participação do doente, pelo simples facto de o considerarem como “passivo” e quase sempre “reduzido” a uma doença que importa diagnosticar e se possível tratar ou encaminhar (paradigma biomédico, cf. p.93).

A perspectiva dos médicos quanto à participação dos doentes no processo de cuidados, pode relacionar-se com a importância da mobilização do Saber como estratégia e fonte de poder.

A “singularidade”, nesta lógica é valorizada fortemente pelas enfermeiras, alicerçada no “processo heurístico da prestação de cuidados” onde são aplicados e desenvolvidos os princípios do cuidar em enfermagem (Kérouac et al, cf. p.94).

Destes salientamos essencialmente a atribuição ao doente de estatuto de parceiro no processo de cuidados, o que quanto a nós clarifica a mobilização do saber teórico em enfermagem, parecendo ser capaz de não considerar o doente como profano.

As auxiliares atribuem um valor fraco a esta “categoria”, o que nos parece estar relacionado com o facto de mobilizarem essencialmente “saberes práticos” e como tal esta valorização decorre da intervenção delegada pelas enfermeiras, naqueles cuidados que se prendem com a individualidade, sobretudo na forma como são realizados. Destacamos que a aproximação entre os valores e os conhecimentos dos doentes aos das auxiliares, parecem facilitar a comunicação e a relação social, o que provavelmente facilitará também a “escuta” que as mesmas desenvolvem com os doentes, durante o processo de cuidados.

Os médicos, não valorizam esta categoria, pois situam-se essencialmente no critério de uma doença, tal como temos vindo a referir, valorizando as queixas significativas dos doentes, mas não as mobilizando para a tomada de decisão.

Em relação à “participação nas decisões”, parece-nos congruente a valorização que é dada pelas enfermeiras, com a postura relativamente às categorias anteriores, valorizando fortemente a posição do doente, na participação das decisões quanto aos aspectos que no processo de cuidados, se baseiam na satisfação das NHB, de acordo com a individualidade dos doentes. É emergente da análise o pressuposto de que a valorização de singu-

laridade, conduz à estratégia de sensibilizar para o valor de participação nas tomadas de decisão.

Quanto aos médicos, consideramos existir uma valorização, embora de sinal fraco, essencialmente relacionada com a consciência prática, onde se valorizam aspectos da individualidade dos doentes, quando a enfermeira é mediadora neste processo, fazendo emergir a medicina humanista, em detrimento da medicina tecnológica.

Quanto à “família na dinâmica social do processo de cuidados”, tanto no “papel” como na “participação nas decisões” é atribuída pouca importância pelas enfermeiras, podendo este facto estar relacionado com o não reconhecimento (ainda) de que a família é a unidade básica de cuidados, e como tal, alterando-se o “papel social” de pessoa doente, altera-se forçosamente o “papel social” da família (jogo de xadrez – Corcuff).

Salientamos, no entanto, que um dos momentos importantes para a interacção família / enfermeiros é a hora das visitas e que em nossa opinião é um espaço pouco valorizado para a educação no sentido da participação.

Ao fazer isto, as enfermeiras estarão a valorizar os saberes teóricos de enfermagem, e em simultâneo a preparar a família para a continuidade de cuidados no domicílio.

Um dos factores apontados para a dificuldade em operacionalizar esta atitude, fica a dever-se à sobrecarga de trabalho e ao período coincidente entre a hora das visitas e a hora dos registos.

Quanto aos médicos, consideram mesmo que sendo a maioria da “população internada” idosos, a família nem deve ser mobilizada para as tomadas de decisão, porque consideram apenas a categoria “alta clínica” e como tal referem que os familiares de uma forma geral o que querem é adiar esta decisão. Sugerem que esta atitude de família se deve essencialmente ao facto de a maioria dos doentes serem de faixa etária elevada.

As auxiliares, não atribuem qualquer valorização explícita a estas categorias, podendo isto dever-se ao facto anteriormente abordado, que é o de não possuírem qualificação para “escutar” as pessoas no sentido de mobilização de dados importantes para o processo de cuidados.

Esta síntese alerta-nos para a necessidade de se colocar o doente (pessoa e família) no centro do processo de cuidados, mesmo quando se sai para fora do Hospital. Esta pode ser uma estratégia a ser baseada na “alta de cuidados de enfermagem”, que não chocando com a “alta clínica”, permite a saída do doente do Hospital, mas implica a continui-

dade dos cuidados no domicílio, da responsabilidade da gestão das enfermeiras, embora com características de multidisciplinaridade.

5 - A CONSTRUÇÃO DA TIPOLOGIA DE DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS

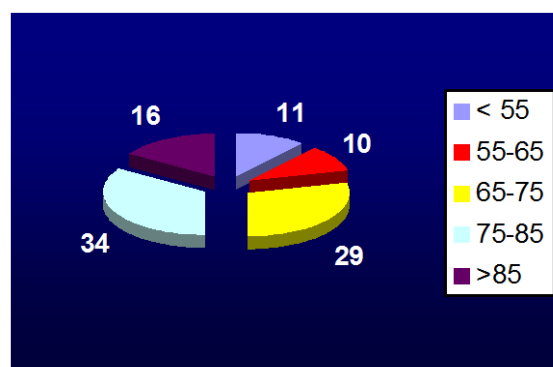
A construção social do doente, na perspectiva que temos vindo a caracterizar conduz-nos a uma classificação baseada nos paradigmas da saúde, consentâneos com a dialéctica formação / trabalho: o paradigma biomédico e o paradigma humanista. O Paradigma biomédico, privilegia o reducionismo, o «ser» reactivo, a causalidade linear e o paternalismo; o paradigma humanista, considera o homem como «ser» activo, dinâmico e com possibilidade de escolha, entre outras dimensões (cf. p.93).

A nossa realidade mostra-nos que as enfermeiras ainda são condicionadas pelo paradigma biomédico, essencialmente por haver ainda predominância de actos no âmbito do papel delegado e, em que o doente é visto como um caso que apresenta sintomas que devem ser eliminados (Martin, cf. p.94).

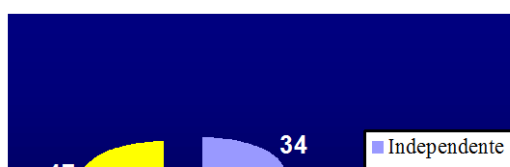
Aquando da observação por nós realizada, onde a “unidade de observação” sendo uma enfermeira seleccionada, para cada período de observação (na medida em que foi através do acompanhamento da mesma que observámos as diferentes “interacções sociais”) de acordo com os critérios anteriormente definidos, permitiu-nos encontrar durante o período de permanência no local de observação, um grupo de doentes, que caracterizam o “tipo” de doente habitualmente internado naquele espaço, nas categorias que apresentamos nos quadros seguintes.

Quadro nº 17 - Caracterização dos doentes alvo de cuidados pelas enfermeiras quanto à idade.

IDADE	Fi	%
Até 55	8	11
55 - 65	7	10
65 - 75	21	29
75 - 85	25	34
> 85	12	16
TOTAL	73	100



Quadro nº 18 - Caracterização dos doentes alvo de cuidados pelas enfermeiras acompanhadas, quanto ao nível de dependência



Nível de dependência	Fi	%
Independente	25	34
Chuveiro ¹	14	19
Total na cama ²	34	47
TOTAL	73	100

Como dimensões deste tema, encontrámos duas: o *paradigma biomédico na construção social do doente* e o *paradigma humanista na construção social do doente*, que se relacionam com as categorias emergentes no quadro seguinte.

Quadro nº 19 - Relação entre dimensões e categorias no tema: A CONSTRUÇÃO DA TIPOLOGIA DOS DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS

DIMENSÕES	CATEGORIAS
O paradigma biomédico na construção social do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Doente mais grave • Doente menos grave • Doente em estudo
O paradigma humanista na construção social do doente	<ul style="list-style-type: none"> • Doente dependente de cuidados • Doente com supervisão de cuidados • Doente com ajuda nos cuidados

O paradigma biomédico na construção social do doente

Ao designarmos a dimensão – o **paradigma biomédico na construção social do doente** – estamos a fazê-lo partindo do princípio que os critérios que levam à classificação de um doente através do “paradigma biomédico” se prendem com a questão da dualidade: corpo/espírito e com a questão da atitude redutora, relativamente ao facto de em deter-

¹ Chuveiro – significa que é um doente parcialmente dependente

² Total na cama – corresponde ao doente totalmente dependente
minada altura deixar-se de considerar a “pessoa” e passar a considerar-se a “doença” como organizadora do processo de cuidados (Freidson, cf. p.123) e a construção do que é a doença e do que é o doente.

Este é um aspecto extremamente importante, porque interessa compreender qual é a atitude mais consentânea com a enfermagem e porque é que é essa e não outra.

Relativamente ao «**paradigma biomédico...**» uma das categorias que identificámos como emergente dos discursos, designa-se por “*doente mais grave*”.

Podemos caracterizar esta categoria, por aquilo que os actores dizem “...dado o tipo de doentes que nós temos, são quase todos doentes de AVC, quase não falam (...) nós falamos, vamos sempre conversando com o doente quando estamos com ele e na ajuda mesmo no banho ou a dar a comida, porque ouvem-nos, mas eles próprios não falam...”(C3).

Em relação aos médicos, consideram que o “«o doente mais grave» é aquele que o médico quando chega ao serviço “...já vem com a ideia do que vou fazer consoante a patologia dos doentes, da gravidade ou não.”(B2)

“..De facto depende dos doentes que estão internados. Se são situações mais complicadas, costumo vê-los também relacionados com isso, isto é mesmo assim, o tempo não é muito, e então aqueles que têm coisas mais graves, temos que lhes dedicar mais tempo.”(B2)

Nesta categoria, verificamos que muitas vezes o doente perde a sua individualidade, no mais elementar, que é o seu nome, a partir do momento em que é referenciado como «o caso X»: “é o doente da neoplasia da próstata; é o doente do hipotireoidismo; é o doente da hemorragia digestiva; é o doente que está a fazer amiodarona”.

Digamos que o que foi dito se pode classificar na categoria «**doente mais grave**», numa perspectiva biomédica, porque não se tem em linha de conta, por esta via, as características sócio/psico/culturais dos doentes de forma integrada. Nem como é que esses factores intervêm ou são de equacionar numa situação de internamento, onde se valoriza essencialmente a patologia e os sinais e sintomas do mesmo.

O «**doente menos grave**» é aquele doente que se pode classificar desta forma “...são situações em que está tudo a correr bem, não são doenças graves. São vistos habitualmente em último lugar e com menos preocupação.” (B2)

Mais uma vez o que está em causa em termos de critério para a priorização, e em termos daquilo que é o doente «construído» nesta perspectiva, é efectivamente a menor ou maior gravidade da doença. É o tipo de doente que se apresenta em “«estado comatoso», não reagindo a estímulos dolorosos ou verbais e que apresenta agitação psicomotora. Ou ainda o doente que possui uma anemia crónica, que quase não se alimenta, mas que tem 79 anos”, a que é atribuída uma valorização, não como a pessoa «total» que ali se encontra, mas sim a «parte» afectada e à qual não se pode dar resposta no âmbito da reparação (cura), pelo que na perspectiva médica não possui critérios para manutenção de internamento. Como veremos

na dimensão seguinte, são doentes que por apresentarem necessidades humanas básicas alteradas, são avaliados pelas enfermeiras de forma diferente.

Por outro lado, temos ainda uma outra categoria, que acontece quando não se tem ainda o conhecimento sobre que patologia é essencialmente qual a gravidade dessa mesma patologia. E então como não se tem essa noção, mas mantendo-se a centralidade na referida patologia, o doente pode considerar-se como « **doente em estudo** ».

Por exemplo quando não se conhece a situação, a enfermeira avalia determinadas manifestações, determinadas respostas humanas da pessoa e solicita a colaboração do médico para a avaliação, uma das primeiras atitudes médicas é solicitar análises clínicas ou outro qualquer exame complementar de diagnóstico para clarificar a situação.

Habitualmente o doente é submetido a um exame introdutório (ou já o traz do serviço anterior) e, a partir deste, sucedem-se rotinas e protocolos, esquemas e normas, de cujo resultado final se pretende a cura da parte doente, que (parece) infelizmente tinha avariado.

Nos serviços proliferam cartazes e cartões que alertam para os exames de rotina de cada doente, eventualmente o diagnóstico, as horas da medicação.

Outro aspecto acontece quando as enfermeiras referem que “...é importante conhecer teoricamente alguns aspectos das patologias para estarmos de sobreaviso em relação aos riscos que poderão advir, em relação a determinados doentes e de quem se não conhecem os factores relativamente à sua situação...”(A2).

Importa compreender porque as enfermeiras valorizam estas “formas de olhar” os doentes, parecendo-nos que algumas das razões se encontram relacionadas com aspectos anteriormente referenciados, tais como:

- * Organização medicocêntrica dos serviços;
- * Valorização das actividades interdependentes, em detrimento das autónomas;
- * Formação e trabalho afastados, provocando dicotomia entre os “saberes teóricos” e os “saberes profissionais”;
- * Utilização do paradigma biomédico pelas enfermeiras como subsidiário do “déficit” de autonomia

Parece-nos que o doente “construído” desta forma pelos profissionais, não será considerado como um “parceiro” efectivo no processo de cuidados, sendo a vontade de mudar esta situação uma constante dos “discursos” tanto na esfera individual como colectiva, bem como relativamente a todos os actores desde o nível mais micro ao nível mais

macro. É disto exemplo o “discurso político” que várias vezes já referimos como sendo um discurso mais próximo daquilo que é o paradigma humanista, mais consentâneo com a formação em enfermagem.

No entanto, este não é de facto um paradigma exclusivo da formação em enfermagem, verificando-se actualmente o grande ênfase colocado na necessidade de mudar a formação médica para uma perspectiva mais humanizada e próxima das pessoas. (cf. p.120)

O paradigma humanista na construção social do doente

De acordo com Collière (cf. p.91); Meleis (cf. p.86 e 91); Strauss (cf. p.91) e Kérrouac (cf. p.91), impõe-se uma mudança nos paradigmas da saúde, no sentido da centralização da “acção” na pessoa, como alvo principal dos cuidados de saúde, (cf. p.93).

A “missão da organização”, conforme a analisámos em momento anterior mostrou-nos uma categoria “modelos de cuidar”, através da qual pudemos compreender o sentido atribuído pelos diferentes actores à acção centrada nos doentes, considerando as necessidades e os hábitos que os mesmos apresentam.

De acordo com esta lógica, o “doente” é construído socialmente com base na “classificação” de que é alvo, em termos do grau de dependência de cuidados de enfermagem, de acordo com o sistema de classificação de doentes. Surgem, assim, três categorias de análise que passamos a discutir: ***Doente dependente de cuidados; Doente com supervisão de cuidados e Doente com ajuda nos cuidados.***

Quanto á categoria “doente dependente de cuidados”, as enfermeiras consideram que “...depende da situação, se eles (doentes) precisarem mais(...) se estão transpirados(...) se há doentes mais dependentes e com ...maior risco de úlceras de pressão, tento começar por esses, para os mobilizar mais cedo”. (A1)

“(em relação à dependência)...se estão acamados, em principio começo pelos doentes acamados, precisam de banho na cama(...), vou deixando para o fim aqueles que precisam de banho no chuveiro, e os independentes, (...) “(A 1)

Verificamos que a “dependência” dos doentes está muito ligada, ainda, aos aspectos físicos o que poderá significar a referida dificuldade em romper com o paradigma bio-médico, o que nos parece ilustrado pelo seguinte “(em termos da participação dos doentes nos cuidados) (...) os mais dependentes (...) os doentes acamados inconscientes, se calhar não precisam de tanta atenção, pelo menos da minha parte (...) que os outros dependentes, mas (...) conscientes...”(A1).

Há, no entanto, outras perspectivas por parte das enfermeiras que se exprimem da seguinte forma “...Numa 1ª fase (...) um doente que necessita de ajuda total (AT), é um doente dependente, (pois) depende da satisfação das necessidades imediatas (...) mas um doente dependente(...) tem que ser visto de uma forma menos linear”(A4), o que nos parece relacionado com a necessidade de adequação do “processo” às características individuais dos doentes.

Da observação das práticas, verificamos que este tipo de doente caracteriza-se por “necessitar de mudança de roupa da cama, duas vezes no turno; doente em relação ao qual não há muitas possibilidades de estimular à colaboração; não se levantar da cama e ser necessário fazer-lhe quase tudo, como por exemplo: colocar-lhe fralda por estar incontinente e ajudá-lo a levar a comida à boca”, o que demonstra uma preocupação na satisfação das necessidades físicas, em detrimento da necessidade de apoio na dimensão emocional. Este aspecto parece-nos referido, embora sumariamente, no seguinte, “Em relação ao valorizar (...) a participação do doente na prestação de cuidados, há aquelas (...) situações em que o utente não fala (...) situações de maior dependência (...) (em que) passa a ser a minha observação que me leva (...) a estabelecer prioridades”.(A 7) e manifesto na observação das práticas pela atitude das enfermeiras perante “doentes que apresentam agitação psicomotora, destapando-se sistematicamente, mas em que a enfermeira estabelece e mantém uma conversação com o doente, pedindo-lhe para não fazer força com os membros superiores ou inferiores, quando o mobilizam e transmitindo-lhe segurança, ao mostrarem que não o deixam cair da cama”.

As auxiliares referem-se ao «doente dependente de cuidados» de forma semelhante, valorizando aspectos, relacionados também com os aspectos físicos, “...até porque depois nos doentes acamados, temos que ajudar também na alimentação, sendo tudo coisas que tomam muito tempo em relação aos doentes independentes”.(C1)

“Aqui no serviço de medicina, a maioria são doentes que estão acamados, velhinhos, praticamente alguns estão aqui por estar não é ?”...” Eu acho (...) que os que não são independentes, os acamados; precisam de nós (...) na maioria necessitam mais cuidados...”(C2)

Na categoria «**supervisão de cuidados**», as enfermeiras referem-se aos doentes como necessitando de poucos cuidados físicos, pois em relação a estes os doentes são independentes (conseguem realizar sósinhos as acções inerentes à satisfação das suas necessidades humanas básicas), mas são doentes que para as enfermeiras podem ter necessidade de apoio emocional, ou mesmo e só da simples escuta, que lhes proporciona algum bem-estar, num ambiente que lhes é hostil por natureza. “(...) os doentes independentes (...) é capaz de haver alguns turnos que, eu quase que nem os vejo, pois não vou ao pé deles. Da minha parte (...) podia haver algum apoio emocional, (...) que eles necessitassem(...)” (A1), sendo “consciência discursiva” das enfermeiras que “(...) um doente independente, poderá até necessitar mais da minha presença do que um doente dependente” (A4), parecendo ser aqui mais clara a necessidade de outros cuidados que não só os da esfera física, quando uma enfermeira nos diz “...mas um

doente que é independente pode necessitar de alguns cuidados de imediato. (...) Não é só a independência em termos de «higienes», de eliminação...” (A3), “(...) não é só independente em relação a (...) estamos a falar da higiene e do banho, mas ser independente em relação ao auto-cuidado nas diferentes AV “ (A4)

Parece-nos ser esta, uma postura consistente com o postulado por Kérouac et al (1994, p.94)

As auxiliares referem que "os doentes independentes têm mais necessidade de conversar...", porque "...não nos ocupam muito tempo ao pé...a fazer isto ou aquilo, em termos de ajuda", "Ajudam-se sózinhos, têm capacidade para se ajudarem sózinhos e não precisam de nós..." (C3)

Salientamos que durante a observação das práticas, no que concerne às enfermeiras, a situação por elas referida foi a que observámos sendo que durante longo períodos de observação, a presença da enfermeira era quase sempre junto dos doentes dependentes, deslocando-se junto dos outros doentes, apenas quando existia necessidade de execução de algum procedimento específico (administração de terapêutica ou outro). Observou-se também que o “doente com supervisão” é do tipo que quando a enfermeira chega junto dele (à unidade), já ele se levantou, já fez os cuidados de higiene, o que faz com que seja “visto” pela enfermeira como um doente “com menor carga de trabalho”, isto na lógica do “Sistema de Classificação de Doentes”

Um aspecto que nos parece de interesse colocar à reflexão, situa-se a nível da administração da terapêutica, sendo como referimos antes, um dos raros momentos em que a enfermeira se desloca junto do doente. As enfermeiras defendem que, em relação a estes doentes, porque são pessoas que se encontram conscientes, colaborantes e em quem pode ser importante delegar a responsabilidade da «toma» da medicação (muitas vezes não sendo mais que um “ritual”, que em casa o doente realizava sózinho), numa perspectiva de “auto-estima”, obviando assim um conjunto de princípios (normas), mantendo na sua (deles) perspectiva os princípios científicos da administração terapêutica.

Na lógica das enfermeiras, poderia existir por parte das auxiliares a colaboração também neste sentido, de forma semelhante ao que acontece no preconizado para a categoria seguinte.

A categoria seguinte, designamo-la por “doente com ajuda nos cuidados”, que na “linguagem” do serviço corresponde ao doente que necessita de “ajuda parcial”, definindo-se esta como a ajuda dispensada na satisfação de algumas necessidades humanas básicas, que o doente não consegue satisfazer sózinho, apesar de o conseguir fazer num nível incompleto.






















É um tipo de doente diferente do anterior. Enquanto que a enfermeira no anterior, conforme vimos quase não contacta durante o turno, senão esporadicamente, neste doente tem necessidade (teóricamente) de avaliar a situação global e delegar na auxiliar, as acções que considera poderem ser realizadas por ela sob a sua supervisão. Exemplificamos com o seguinte “(...) Hoje (...) tinha uma senhora que precisava de ajuda, que precisava de ajuda de uma pessoa, mas que não necessitava de ser eu...” (A4).

A intervenção junto destes doentes, passa por ser do tipo esporádico, e com algumas semelhanças com o que se passa com os doentes independentes, pois como as enfermeiras nos referem, nestas situações existe muitas vezes a necessidade de “(...) fazer ensinamentos (...) sobre mobilização (...) aí já tenho uma participação activa (...) se calhar já precisa de mais dedicação(...), em termos de prioridades até posso começar por eles (...) ou dependentes em termos psicológicos que precisam de apoio emocional (...) sou capaz de perder mais tempo com esses, do que com os outros...” (A1), clarificando ainda mais quando referem “(os factores que conduzem a esta situação) (...) ficar mais disponível para os outros, (...) depois também depende da quantidade de trabalho (...) (por vezes) não consigo ir, porque são as prioridades dos doentes que necessitam de mais cuidados, (...) vou lá dar a terapêutica, avaliar os sinais vitais, o essencial...” (A1)

Pela análise destas características, verificamos que existem sérias dificuldades em romper com a organização “medicocêntrica”, perspectivando-se a importância atribuída ao doente, como sujeito da acção, como um dos pontos fortes para humanizar a perspectiva da saúde por parte dos diferentes profissionais, o que se impõe se pretendermos romper com o paradigma biomédico no processo de cuidados (Pearson e Vaughan, cf. p.80).

Na figura 16, sintetizamos a valorização que é dada pelos diferentes actores à construção social do doente, na perspectiva do(s) paradigma(s) utilizado(s).

Figura 16 - Os diferentes actores na construção social do doente - Que paradigmas valorizam?

		ENFERMEIRAS	MÉDICOS	AUXILIARES
Paradigma biomédico na construção social do doente	Doente mais grave			
	Doente menos grave			
	Doente em estudo			
Paradigma humanista na construção social do doente	Doente depend. de cuidados			
	Doente c/ suporte de cuidados			
	Doente c/ajuda nos cuidados			
LEGENDA: Valorização Forte Fraco Ausente   				

Síntese do capítulo 5

Relativamente ao “paradigma biomédico na construção social do doente”, verificamos que a valorização é forte em todas as categorias, por parte dos médicos, o que quanto a nós se deve ao facto de ser valorizada essencialmente a doença, como organizadora da intervenção junto dos doentes.

As enfermeiras atribuem uma valorização, embora fraca, o que parece ser consonante com a tendência para a utilização de um modelo mais próximo das necessidades dos

doentes, enquanto seres globais e não apenas com “partes afectadas”. As enfermeiras referem algumas razões para justificarem a utilização do modelo biomédico, de que destacamos:

- Organização medicocêntrica dos serviços.
- Valorização das actividades interdependentes, em detrimento das autónomas.
- Formação e trabalho afastados, provocando dicotomia entre os "saberes teóricos" e os saberes profissionais".

Por tudo isto, consideramos a utilização do paradigma biomédico pelas enfermeiras, como subsidiário do déficit de autonomia.

Com esta construção, dificilmente o doente será considerado um parceiro efectivo no processo de cuidados. Sugerindo-nos o reforço de opinião de que a mudança endógena (muito consubstanciada no discurso político), aponta para a necessidade da utilização do paradigma humanista, mas que não é suficientemente forte para a mudança.

As auxiliares, não atribuem qualquer sentido de valorização, parece-nos que pelo facto de utilizarem essencialmente “saberes práticos” e em que a intervenção junto dos doentes é no âmbito da prestação de cuidados delegados que derivam das acções autónomas das enfermeiras.

Quanto à dimensão “paradigma humanista na construção social do doente”, verificamos uma valorização forte por parte das enfermeiras, em relação a todas as categorias, o que parece estar consonante com a utilização de “modelos de cuidar”, entre o que são as convicções individuais e o que é a identidade profissional e organizacional. Deste facto salientamos as categorias tratadas no âmbito da missão da organização, onde emergem os valores e os princípios que procuram valorizar o doente como alvo dos cuidados e no centro de interesse do processo de cuidados.

As auxiliares, parece atribuírem também uma valorização forte em todas as categorias, o que pode estar relacionado com o facto de desenvolverem a sua acção, embora de forma rotineira, mas centrada na delegação das enfermeiras, no âmbito das acções autónomas.

Parece-nos ainda ser este aspecto potencializado pelo facto de a delegação acontecer após avaliação das situações, seguindo-se a supervisão dos cuidados prestados o que pode constituir-se em momentos de socialização/formação.

A perspectiva dos médicos no âmbito deste paradigma é completamente ausente, relacionado com a orientação clara que os mesmos atribuem ao modelo de cura (reducionis-

ta, na perspectiva da pessoa como global), não querendo com isto significar ausência de princípios humanistas no trabalho médico.

6 - CONCLUSÕES E SUGESTÕES

De acordo com os objectivos do estudo, as questões de investigação por nós consideradas como orientadoras (cf. p.22) e o núcleo teórico proposto, a análise dos dados permite-nos concluir que:

1. O processo de cuidados se constitui numa “estrutura actancial” de grande complexidade em que emerge da situação social criada pelas necessidades da pessoa (doente)

internada, uma rede complexa de campos de acção e modos de organizar o trabalho dos diferentes actores, numa lógica que nem sempre coloca o doente no centro da referida situação social, como seria legítimo de acordo com a missão da organização que estudámos, linhas da política da saúde e paradigma humanista para a formação de enfermeiros.

A complexidade desta “situação social”, caracteriza-se pela diferente valorização de categorias como “Autonomia”, “Interdependência” e “Dependência”, mostrando-nos que no que respeita às enfermeiras é atribuída uma valorização fraca à “autonomia” e forte à “interdependência”, o que nos faz reflectir sobre a questão de como a formação teórica e a formação prática se têm relacionado, numa perspectiva de evolução do estatuto da profissão de enfermagem, isto porque:

- Os saberes teóricos da enfermagem têm permitido à formação teórica contribuir para uma autonomização da profissão, baseada essencialmente no paradigma humanista, preconizando que o centro de interesse do trabalho das enfermeiras é a pessoa saudável ou doente (enfermagem ideal), mas em que;
- A formação em enfermagem, alicerçada nos saberes experienciais, profissionais e organizacionais, atribuem sentido forte à necessidade de contextualizar os cuidados, tendo em consideração os modelos de cuidar próximos do paradigma humanista, onde a “normatividade” adquire uma importância grande na perspectiva da “socialização” que se realiza interpares, mas com grande ênfase nas normas e valores da organização (Missão da organização).

A formação médica tem sido alvo de reflexão e reformulação no sentido da valorização de uma medicina que retome valores humanistas, que a nortearam antes do desenvolvimento da medicina tecnológica e científica, tendo estes repercussões numa especialização do conhecimento não do homem total mas sim do "segmento" ou da "parte".

Factor que podemos constatar pela grande ênfase colocada pelos médicos na aprendizagem com os seus pares, em meio hospitalar, onde a tecnologia e o conhecimento segundo os mesmos, se encontram mais desenvolvidos.

Salientamos, no entanto que não é atribuído um sentido forte à identidade socio-profissional, por parte das enfermeiras, o que nos parece ter alguma relação com o forte sentido atribuído à “rotina”, em que as enfermeiras não parecem valorizar a importância da reflexividade na acção, correndo o risco de aproximar a rotina do rotineiro, ao contrário dos médicos que valorizam a rotina, como suporte para a reflexividade na acção.

No que concerne à identidade sócio-profissional, necessitamos ter em consideração o facto do estatuto social ter o seu desenvolvimento e reconhecimento de forma trans-organizacional e extra organizacional, não sendo quanto a nós uma questão de identidade sócio-profissional dos médicos limitada ao hospital enquanto organização, mas em que o estatuto e o reconhecimento acontece essencialmente no amplo sistema social.

A compreensão desta situação social complexa passa quanto a nós pelo facto de, partindo-se do pressuposto que a saúde é algo que diz em primeira instância, respeito a cada um individualmente e à complexificação das necessidades individuais nesta matéria, cada vez mais nos mostra que não existe um único profissional com competências para isoladamente responder às referidas necessidades.

Este pressuposto, levou-nos a analisar os dados construídos também numa perspectiva interaccionista e interdisciplinar, de onde emerge a seguinte conclusão:

2. As relações sociais que se estabelecem no âmbito da “estrutura actancial” (constituída pelas acções e meios de as desenvolver), adquirem uma importância extrema na lógica da interacção social no contexto de trabalho, naquilo que designamos como “cooperação dos diferentes actores no processo de cuidados” e “estratégias para o exercício das autonomias”, para a compreensão da formação como promotora da elevação do estatuto dos cuidados de enfermagem.
 - A interdisciplinaridade parece ficar claramente evidenciada na cooperação entre enfermeiras e médicos (em ambos os sentidos), alicerçada nos saberes teóricos e profissionais, o que mostra também uma fraca delegação dos médicos para as enfermeiras, conduzindo a colaboração forte, de onde emerge “conflito” forte, sempre que os saberes teóricos e profissionais entram na “estrutura actancial”, visto que as orientações paradigmáticas são bastas vezes diferentes, o que é gerador de conflito.
 - As estratégias para o exercício das autonomias, passam pela valorização forte da divisão do trabalho alicerçada num paradigma que valoriza teoricamente o doente como centro de interesse, fazendo com que esta seja uma forma de atribuição de poder às enfermeiras, não como atributo, mas baseado na relação interpessoal que lhes permite “conhecer” melhor alguns doentes (enfermeira responsável).
 - A negociação é fortemente valorizada pelas enfermeiras, numa perspectiva de interdependência com os médicos, tendo em vista a produção de cuidados

baseados em saberes teóricos, experienciais e profissionais, sendo que os mediadores desta negociação podem ser os “actores” em si, mas são também muitas vezes os “registos”.

- A utilização de um processo heurístico de organização do trabalho, tanto pelas enfermeiras como pelos médicos; a valorização do contextual por ambos os actores, embora mobilizando bases paradigmáticas diferentes (enfermeiras mais centradas na pessoa doente e médicos mais centrados na doença) faz com que ambos os actores atribuam grande importância ao jogo enquanto estratégias para o exercício das autonomias, na lógica das zonas de incerteza que emergem do confronto entre os diferentes saberes, na acção.
- A estratégia do relacionamento interpessoal (intra-grupo) não parece ser muito valorizado para além do processo heurístico tanto pelos médicos como pelas enfermeiras, sendo que estas também o parecem valorizar na dimensão inter-grupal, essencialmente quando valorizam o doente como centro do processo de cuidados.

3. Para a compreensão do processo de cuidados aos doentes internados, para além do que anteriormente referimos, analisámos o sentido atribuído pelos diferentes actores, à participação do doente e família no processo de cuidados, podendo concluir o seguinte:

- As enfermeiras atribuem forte valorização ao papel do doente, enquanto centro de interesse da sua acção, através da valorização da singularidade e da participação nas decisões, sendo que na produção real dos cuidados nem sempre este é o resultado.
- Atendendo ao facto de que os médicos consideram os doentes como “passivos” no que concerne à participação, prevalece em termos de visibilidade dos cuidados a perspectiva medicocêntrica, essencialmente no que respeita à “participação nas decisões”, exemplificando-se na “alta clínica”. Em relação à alta clínica pensamos que os critérios são de exclusiva responsabilidade dos médicos, na medida em que se centrarem exclusivamente em indicadores reducionistas ligados à doença/patologia; diagnóstico/prognóstico e terapêutica. Passam quanto a nós, para uma questão interdisciplinar se as enfermeiras valorizarem a intervenção que desenvolvem com as pessoas (doente e família), durante o internamento, por uma intervenção centrada no nível de dependência/ independência quan-

to à satisfação das necessidades. Nesta lógica, é necessário clarificar e dar visibilidade ao processo de cuidados numa perspectiva global onde se valorize a oposição por parte das enfermeiras à tomada de decisão médica, mas antes se construa uma decisão para o que designamos de "processo de alta clínica".

- Em relação ao papel da família e à participação nas decisões, são pouco valorizadas pelas enfermeiras, o que é incongruente com uma perspectiva humanista do cuidar, na medida em que a família deve ser considerada a unidade básica de cuidados. A incongruência ocorre também, quanto a nós, porque durante o processo de cuidados as enfermeiras desenvolvem uma estrutura de acções com os doentes e familiares, tendentes à preparação e desenvolvimento do referido processo de alta clínica. No entanto, não dão visibilidade ao que desenvolvem, na medida em que não clarificam nem assumem as tomadas de decisão inerentes a este comportamento, mobilizando a tomada de decisão como da responsabilidade clínica e exclusiva do médico.
 - Relativamente à valorização destas categorias, pelos médicos, alicerça-se na perspectiva biomédica, no que concerne ao papel dos familiares, mas também na “autonomia” que assumem plenamente baseada nos saberes diletantes que encorpam a tomada de decisão, considerando-a quase sempre inquestionável. Aspecto que quanto a nós se alicerça nas características do próprio médico ter uma ampla aceitação social.
4. Os diferentes actores no processo de cuidados, constroem socialmente os doentes, de acordo com a natureza dos saberes que enquadram conceptualmente a sua acção.
- A análise dos dados permite-nos concluir que em relação às enfermeiras e aos médicos, é atribuída grande importância aos saberes teóricos, sendo que tanto os experienciais como os profissionais, também são valorizados, mas em medidas diferentes. As auxiliares, mobilizam essencialmente os saberes práticos que lhes advêm da socialização com as enfermeiras. Mas, como são enquadrados conceptualmente os saberes das enfermeiras e dos médicos, no que concerne à construção da tipologia de doentes no processo de cuidados?

A construção social do doente acontece essencialmente em duas dimensões: paradigma biomédico na construção social do doente e paradigma humanista na construção social do doente.

- As enfermeiras atribuem valorização (embora fraca) a todas as categorias emergentes na primeira dimensão, o que nos parece ser consonante com a tendência para a mobilização de saberes teóricos, ainda enformados no paradigma reducionista, que claramente é valorizado pelos médicos, pela centralidade que dão à doença, na construção social do doente.
- Ao paradigma humanista, as enfermeiras atribuem uma forte valorização (manifestada no discurso e nalguns momentos do processo heurístico da prestação de cuidados), onde emerge o sistema de acção em que os meios para o desenvolvimento da mesma, são essencialmente os modelos de cuidar, bem como as convicções individuais sobre o que é a identidade profissional e organizacional.
- As auxiliares valorizam este paradigma, o que nos parece consentâneo com a importância atribuída por estas à sua missão na organização, no que concerne aos valores definidos pela mesma.

De acordo com o carácter contextual, intensivo e não generalizável, parece-nos poder concluir que:

A – O sistema de educação em enfermagem parece dotar os enfermeiros de competência para:

- A utilização de um processo heurístico na prestação de cuidados;
- A mobilização de saberes teóricos, transferindo-os para os saberes profissionais através da experiência e da socialização interpares e da organização;
- A interacção social no contexto de trabalho, mobilizando capacidades de intervenção no contextual através da delegação e da negociação.

Parece-nos no entanto necessário clarificar as competências profissionais (das enfermeiras) naquilo que são as zonas de incerteza, que num sistema de acção concreto como é o processo de cuidados, faz com que exista a expectativa de que a enfermeira tem a competência de controlar as acções que desenvolve junto do doente numa perspectiva de standardização das qualificações, mas que não parece ser totalmente reconhecida.

B – Os contextos de trabalho, na dimensão processo de cuidar, fazem emergir saberes teóricos de enfermagem enquadrados conceptualmente no paradigma humanista que em confronto com saberes teóricos enquadrados no paradigma biomédico, produzem:

- Conflitos no processo de tomada de decisão, pelos diferentes actores no processo de cuidados;
- Ausência de mediação entre os saberes, relacionada com a invisibilidade atribuída à função diagnóstica e de prescrição das enfermeiras, pelas próprias e pelos outros actores no processo. Sendo que, quanto a nós, a não valorização pelas enfermeiras desta dimensão pode ser uma das razões para a não articulação entre a formação teórica e a formação prática (por vezes apelidada de dicotomia entre uma e outra).
- Uma identidade socio-profissional fraca (por parte das enfermeiras), podendo estar relacionada com alguma dissonância entre os valores individuais e os valores organizacionais, no que concerne aos modelos de cuidar, o que na nossa perspectiva pode ilustrar a referida dissonância entre a formação teórica e a formação prática.
- A importância da socialização dos enfermeiros através de um processo de cuidados que ligue a formação teórica à formação prática.

C – Consideramos os modelos de cuidar como meios de desenvolver as acções no âmbito do processo de cuidados, em que o “cuidar” se caracteriza pela valorização do “contextual” e da “singularidade” das situações em que o doente (pessoa) é o centro de interesse da acção. Parece-nos que emerge do processo de cuidados estudado, o facto de num sistema de acção concreto como é este, o que promove a utilização de um dado modelo é o paradigma em que os agentes deste sistema (enfermeiras, médicos e auxiliares) se enquadram, sendo eles enquanto actores, que prescrevem (enfermeiras e médicos) as acções consideradas como adequadas à situação em presença.

Se a construção social do doente se situar no paradigma biomédico (tanto pelas enfermeiras como pelos médicos), o processo de cuidados não apresentará visibilidade no que concerne aos saberes específicos da enfermagem. Nestas situações apesar de estarmos perante doentes e enfermeiras em interacção, não estaremos na presença de modelos de cuidar, verificando-se dificilmente a autonomia das enfermeiras.

Quando a ênfase é colocada no paradigma humanista, acontece a utilização dos modelos de cuidar, mas em que a visibilidade da função diagnóstica e de prescrição da enfermeira, não é mobilizada pela própria como produto da sua acção, constituindo-se logo a este nível um factor de invisibilidade dos saberes específicos, que conduz ao aparente não

reconhecimento destes, apesar de se constituírem como expectativas tanto dos doentes, como dos familiares, como de outros profissionais e até da organização.

D – Procurando compreender a relação entre a formação teórica e a formação prática, estudando o “intervalo” entre as duas, parece-nos poder afirmar que:

- A análise do trabalho, através de um sistema de acção concreto (processo de cuidados), ao permitir:
 - identificar a utilização de saberes teóricos, experienciais e profissionais em enfermagem, consonantes com o paradigma humanista que tem estruturado os modelos de formação nas últimas décadas;
 - caracterizar o confronto dos referidos saberes, numa lógica de autonomia, responsabilidade e credencialismo para o fazer, o que atribui poder aos profissionais de enfermagem;
 - reconhecer que as enfermeiras têm consciência discursiva da existência de um campo autónomo, mas que têm dificuldade em assumir essa autonomia de forma plena, através da visibilidade das suas acções e não pela oposição a outros campos autónomos;

mostra-nos que a formação tem sido promotora da elevação do estatuto da disciplina de enfermagem, possibilitando-nos colocar uma questão e fazer as seguintes sugestões no sentido da clarificação do referido campo autónomo, que permitam o reconhecimento desta disciplina como científica.

A questão que colocamos é a seguinte: Porque é que as enfermeiras não ocupam, de forma visível, o espaço social que lhes cabe por direito no processo de cuidados?

Questão a que gostaríamos não de responder, mas antes deixar algumas ideias que emergem da nossa reflexão e que se podem constituir em eixos de amplo debate.

Quanto a nós existe uma diversidade de razões que enformam esta situação:

- Uma tradição histórica, enraizada num estatuto reconhecido como de dependência de saberes e de profissionais traduzido socialmente, ainda como estatuto de menoridade;
- Decorrente deste estatuto social ainda não clarificado, existe uma representação de dependência das enfermeiras em relação aos médicos entendida como de subordinação/dominação;

- A complexidade do trabalho desenvolvido com os doentes, com a valorização do contextual, associada à quantidade e ritmo desse mesmo trabalho, limita a possibilidade de reflexividade na acção;
- A existência de uma orientação ainda bastante forte do trabalho para o desenvolvimento das "tarefas" e para o pensamento e reflexão sobre as "tarefas", levando por vezes a uma standardização das mesmas, numa lógica contrária à da formação teórica que aponta para a importância da standardização das qualificações.

Quanto às nossas sugestões, baseamo-nos no que Santos (1995:17) designa por crises da ciência relacionadas com a reflexão epistemológica (crises de crescimento e crises de degenerescência).

Assim, considerando a insatisfação perante conceitos básicos e métodos constituintes da matriz da enfermagem até à década de 50, e a possibilidade de alternativas viáveis, desenvolve-se internacionalmente a consciência teórica de que era necessário autonomizar os saberes em enfermagem.

Para além desta crise de crescimento, consideramos estar na actualidade perante a necessidade de reflectir mais profundamente o paradigma através do questionamento da inteligibilidade do real e não apenas dos instrumentos metodológicos e conceptuais. Neste caso, a reflexão epistemológica é “a consciência teórica da precaridade das construções assentes no paradigma em crise (Biomédico), procurando não enviesar no sentido de considerar o conhecimento científico como uma prática de saber entre outras”.

Apresentamos em seguida duas sugestões, sendo uma no âmbito do aprofundamento da relação entre a formação teórica e a formação prática:

- Desenvolvimento da cooperação interorganizacional, na lógica das organizações qualificantes, através de projectos de parceria;

e outra no âmbito da investigação, onde pretendemos:

- Desenvolver investigação no conhecimento formal e informal em enfermagem, como produtor de identidades sociais e profissionais.

7 - ÍNDICE GERAL

	f.
APRESENTAÇÃO DA DISSERTAÇÃO	13
PARTE A – UMA ABORDAGEM ETNO-SOCIOLÓGICA DA FORMA-	

ÇÃO DE ENFERMEIROS	16
1 – A SOCIOLOGIA COMPREENSIVA NA CONSTRUÇÃO DO OBJEC- TO DE ESTUDO SOCIOLÓGICO	17
• A construção do objecto de estudo sociológico	19
• Como chegamos à etnografia	23
1.1 – O LUGAR DA ETNOGRAFIA NUM ENQUADRAMENTO CONSTRU- TIVISTA	24
• O auto-conhecimento e o conhecimento mútuo	26
• Biografia no campo profissional da enfermagem	29
1.2 – A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM PORTUGAL NAS ÚLTIMAS 5 DÉCADAS	36
1.2.1 – O(s) modelo(s) de formação em enfermagem	36
• Os Currículos como construção social	41
• A Escola	53
• Os Estudantes	59
• Os Professores de enfermagem	61
• O ensino clínico como campo de formação de enfermeiros	64
1.3 – A AUTONOMIZAÇÃO DO DOMÍNIO DA ACTIVIDADE DE ENFER- MAGEM	72
• A era Pré-Nightingale	74
• De Nightingale aos anos 60	78
• Dos anos 60 à actualidade	81
• O conhecimento interdisciplinar na construção do processo de cui- dados	88
• Dois modos de raciocínio para a análise da organização	100
• O processo de organizar	104
	f.
1.4 – A ORGANIZAÇÃO COMO CONTEXTO DE FORMAÇÃO/ SOCIA- LIZAÇÃO	108
• O contexto de socialização	108
• Socialização(ões)	110
• Hospital no Sistema de Saúde Português	116

• Os actores no contexto de formação	121
• Os médicos	121
• O doente	123
• A auxiliar de acção médica	124
 PARTE B – CONSTRUÇÃO DO ESPAÇO SOCIAL DA INVESTIGAÇÃO	126
 1 – A INVESTIGAÇÃO ATRAVÉS DA RELAÇÃO SOCIAL	127
2 – DESENHO DO ESTUDO	129
3 – O ACESSO AO ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO	132
• O local	133
• O acesso	136
4 – OS ENCONTROS COM OS ACTORES DO TERRENO	139
• A caracterização dos actores	139
4.1 – O INTERCONHECIMENTO E O CONTEXTO DE INVESTIGAÇÃO	141
• Entrevistas	142
• Observação participante - a preparação	143
• Lugares e tempos de permanência no Hospital	146
• Observação participante - o desenvolvimento	148
• As notas de campo como mediadoras da relação social	150
5 – TRATAMENTO DOS DADOS	153
6 – ANÁLISE INTELIGÍVEL DOS DADOS	158
 PARTE C – O PROCESSO DE CUIDADOS COMO CONSTRUCTO SOCIAL	164
 1 – A FORMAÇÃO E O TRABALHO: UMA RELAÇÃO DIALÉCTICA? .	165
	f.
 2 – PROCESSOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	170
• Os campos de acção dos diversos actores	170
• Os modos de organizar o trabalho	182
• Missão da organização	214
• Síntese do capítulo 2	224

3 – INTERACÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO DE TRABALHO	228
• A cooperação dos diferentes actores no processo de cuidados	229
• As estratégias para o exercício das autonomias	254
• Síntese do capítulo 3	263
4 – PARTICIPAÇÃO DOS DOENTES E FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDADOS	268
• O doente na dinâmica social do processo de cuidados	268
• A família na dinâmica social do processo de cuidados	276
• Síntese do capítulo 4	278
5 – A CONSTRUÇÃO DA TIPOLOGIA DE DOENTES NO PROCESSO DE CUIDADOS	282
• O paradigma biomédico na construção social do doente	283
• O paradigma humanista na construção social do doente	286
• Síntese do capítulo 5	290
6 – CONCLUSÕES E SUGESTÕES	293
7 – ÍNDICE GERAL	302
8 – BIBLIOGRAFIA	305
ANEXOS	316
Anexo 1 - Cartas ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital ...	317
Anexo 2 - Caracterização dos actores investigados	318
Anexo 3 - Objectivos e explicitação das entrevistas	319
Anexo 4 - Objectivos e guião de observação participante	320

8 - BIBLIOGRAFIA

Amendoeira, José (1994) – A influência do processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico, na perspectiva dos docentes de enfermagem – um estudo explora-

- tório. Dissertação apresentada no âmbito do 4º CPAE. Lisboa, Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende..
- Amendoeira, José (1996) – O processo de cuidar na orientação de alunos em ensino clínico. Enfermagem, 3, Jul/Set 1996, APE, pp. 20-27
- Amendoeira, José (1998) – O estatuto dos cuidados de enfermagem. Pensar Enfermagem, 1 (2) 2º semestre de 1998. Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende, pp. 18-22
- Amendoeira, José (1998) – A cooperação interorganizacional – Uma experiência interactiva na formação de enfermeiros. Actas do 3º Congresso do Ensino Superior Politécnico, (Comunicação ao 3º Congresso a aguardar publicação).
- Bardin, L. (1977) – Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70 (Tradução de Reto, L. do original “L’analyse de contenu”). Paris. Presses Universitaires.
- Berthelot, Jean-Michel (s.d.) – A Inteligência do Social. Porto: Rés Editora (Tradução de Evaristo Santos do original “L’intelligence du social”). Paris: Presses Universitaires. 276p.
- Basto, Marta Lima (1985) – Saúde para todos no ano 2000: Contributos dos enfermeiros. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa. 3(1) Jan/Mar, pp.
- Basto, Marta Lima (1991) – Consequências para a enfermagem das mudanças na sociedade. Revista Portuguesa de Saúde Pública, Lisboa, 9 (1) Jan/Mar, p.23-26.
- Beatie, John (1980) – Introdução à Antropologia Social. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Berger, Peter L. e Luckman, Thomas (1973) – A construção social da realidade, (8ª ed.) Petrópolis: Editora Vozes, 247p.
- Bernoux, Philippe (s.d) – A sociologia das organizações (Tradução de Adão Carvalho do título original “La sociologie des organisations”). Porto: Rés, 390p.

- Bessa, Maria Aurora (1987) – A integração do ensino de enfermagem no sistema educativo nacional: sua importância no desenvolvimento sanitário do país. Servir, Lisboa, 35 (1), Jan/Fev., p.7-15.
- Bogdan, Robert e Biklen, Seri (1994) – Investigação qualitativa em educação. Uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 335p.
- Boudon, Raymond (1987) – Os métodos em Sociologia (Tradução de Madalena Matos do original “Les méthodes en sociologie”). Lisboa: Edições Rolim.
- Boudon, Raymond (1990) – O lugar da desordem. Lisboa: Grávida, 321p.
- Bourdieu, Pierre (1989) – O poder simbólico. Lisboa: Difel. 311p.
- Bourdieu, Pierre (1993) – Comprendre. In: la misère du monde. Paris: Seuil, pp.903-909.
- Burgess, Peter (1997) – A pesquisa de terreno. Uma introdução. Oeiras: Celta Editora, 262p.
- Bernard, Philip (1991) – A method of analysing interview transcripts in qualitative research. Nurse Education Today, Cardiff, (11) Jul, 461-466p.
- Cabrito, B.G. (1994) – Formação em alternância. Conceitos e práticas. Lisboa: Educa.
- Caetano, A. e Vala, J. (1994) – Teorias implícitas sobre as organizações. In: Vala, J. et al – Psicologia Social das Organizações. Oeiras: Celta Editora, pp. 39-49.
- Caria, Telmo (1994) – Prática e aprendizagem da investigação sociológica no estudo etnográfico numa Escola Básica 2.3. Revista Crítica de Ciências Sociais. 41, Dez., pp.35-62.

- Caria, Telmo (1997) – Um sociólogo na investigação etnográfica. Sociologia. Problemas e Práticas. Lisboa: Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, ISCTE, 25, pp. 125-138.
- Caria, telmo (1997) – O uso do conhecimento em contexto de trabalho. Estudo etnosociológico da cultura dos professores na conjuntura da reforma educativa (1992-94). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Dissertação original para obtenção do grau de Doutor em Sociologia da Educação. Vila Real, XVII + 552p.
- Carapinheiro, Graça (1993) – Saberes e poderes no Hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 295p.
- Carneiro, Roberto (1998) – Ensino Superior Politécnico. Entre o futuro e o passado. (Conferência proferida no 3º Congresso do Ensino Superior Politécnico) mimeog.
- Carvalho, M. (1993) – A formação profissional no ensino superior, In: O professor. 34, 3ª série, pp. 63-71.
- Cicourel, A. V. (1994) – La connaissance distribuée dans le diagnostic médical. In: Sociologie du travail, nº XXXVI/94. Travail et cognition. Paris: Dunod, pp. 427-449.
- Collière, Marie Françoise (1989) – Promover a vida. Lisboa: SEP, 285p.
- Corcuff, Philippe (1997) – As novas sociologias. Sintra: VRAL, 150p.
- Correia, J. A. (1997) – Formação e Trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação, In: Canário, Rui (org.) – Formação e situação de trabalho. Porto: Porto Editora, pp. 13-41.
- Costa, António Firmino (1987) – A pesquisa de terreno em sociologia. In: José Madureira Pinto e Augusto Santos Silva (orgs) – Metodologia das Ciências Sociais. Porto: Afrontamento, pp. 129-148.
- Courtois, B. (1992) – La formation en situation de travail: une formation expérientielle ambigué. In: Education Permanente, 112.

- Crozier, Michel e Friedberg, E. (1977) – L’acteur et le système. Les contraintes de l’action colective, Paris: Seuil, 437p.
- Cutileiro, José (1977) – Ricos e pobres no Alentejo – Uma sociedade rural portuguesa. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora. 433p.
- De Bruyne, Paul et al (1991) – Dinâmica da pesquisa em ciências sociais, 5ª ed., Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 251p.
- Delamont, Sara (1983) – Interacção em sala de aula (Tradução: Manuel Ruas do original “Interaction in classroom”). Lisboa: Livros Horizonte. 172p.
- Deret, E. e Parlier, M. (1990) – Innovation en formation et organization qualifiante – à propos d’un colloque recent. Education Permanente. (104), p.143-150.
- Dubar, Claude (1997) – A socialização. Construção das identidades sociais e profissionais. Porto: Porto Editora.
- Escola Superior de Enfermagem de Santarém (1998) – Relatório de auto-avaliação. Santarém: mimeo, 127p.
- Freidson, Eliot (1991) – La profession médicale. Paris: Payot, 369p.
- Giddens, Anthony (1996) – Novas regras do método sociológico, 2ª ed., Lisboa: Gradiva, 193p.
- Giglione, R. e Matalon, B. (1993) – O inquérito, teoria e prática, 2ª ed., Oeiras: Celta Editora, p.
- Goodson, Igor F. (1997) – A construção social do currículo. Lisboa: Educa, 111p.
- Gotifredi, J.C. (1993) – Contributos para a modernização das universidades na América Latina. In: Colóquio Educação e Sociedade. 3, pp. 79-110.

- Grácio, Sérgio (1986) – Política educativa como tecnologia social. As reformas do ensino técnico de 1948 a 1983. Lisboa: Livros Horizonte. (Biblioteca do educador), 223p.
- Grácio, Sérgio (1998) – Ensinos técnicos e política em Portugal (1910/1990). Lisboa: Piaget. (Estudos e Documentos), 319p.
- Grawitz, Madeleine (1990) – Methodes des sciences sociales, 8^{ème} ed., Paris: Dalloz, XLVI + 1140p.
- Gross, Judith (1993) – A creative clinical education model, three views. Nursing Outlook (40) pp. 156-159.
- Herzlich, Claudine (1979) - Médecine, maladie et société. Paris: Mouton, 316p.
- Honoré, Bernard (1974) – Quelle formation? Réflexions pour contribuer à fonder une politique et une étude de la formation. In: Formation 1, quelle formation?
- Hosking, D. (1988) – Organizing, leadership and skillfull process. Journal of Management Studies. 25 (2), pp.147-166.
- Jesuíno, J.C. (1996) – A negociação. Estratégias e táticas, (2^a ed.), Lisboa: Texto Editora, 173p.
- Kérouac, Suzanne et al (1994) – La pensée infirmière. Conceptions et stratégies. Laval: Édition Études Vivantes, 162p.
- Leininger, Madeleine (1985) – Qualitative research methods in nursing. Orlando: Grunne and Stratton Inc. XVII + 361p.
- Lesne, Marcel e Mynvielle, Yvon (1990) – Socialisation et formation. Paris: Paideia, 237p.
- Lindberg, Janice et al (1990) – Introduction to nursing. Concepts, issues and opportunities. Philadelphia: J.B., Lippincott Company, XIII + 370p.

- Lourtie, Pedro (1993) – Perspectivas para o ensino superior politécnico. Revista Crítica de Ciências Sociais. Lisboa, pp. 27-28.
- Lynce, Pedro (1993) – Os Institutos Politécnicos não devem ser embriões das Universidades. Educação. Porto (7), pp.5-11.
- Ludke, Menga e André, Marli (1986) – Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 99p.
- Luz, Maria de Lurdes (1995) – Formação em enfermagem. Contexto e problemas da dualidade teoria-prática. Lisboa. ISPA. Dissertação de Mestrado (não publicada), p.183.
- Malglaive, G. (1992) – Les savoirs, la pratique et l’alternance. In: Les formations en alternance. Paris: La Documentation Française.
- Marsick, V. (1991) – Learning in the workplace. London: Jossey Bass.
- Martin, Christianne (1991) – Soigner pour apprendre – acquérir un savoir infirmier. France: LEP, Education 2000, 215p.
- Matias, Nelson e Pedroso, p. (1993) – A aprendizagem e a alternância em Portugal. Percurso e opção de desenvolvimento. O Professor. 34, pp.51-58.
- Mehan, Hugh (1982) – Le construtivisme social en psychologie et en sociologie. *Sociologies et sociétés*, vol XIX (2), pp. 77-96.
- Mendes, Laura Almeida C. (1992) – Preocupação dos docentes de enfermagem no ensino pós-básico. Dissertação apresentada à ESEMFR, no âmbito do 3º CPAEE, mimeog. 119p.
- Meleis, A. I. (1991) – Theoretical nursing: Development and progress, 2nd éd., Philadelphia: Lippincott.

- Martins, António Maria (1993) – A problemática da juventude em Portugal e as funções da escola enquanto instituição. Aveiro: Universidade de Aveiro, 48p. (Cadernos de Análise Sócio-Organizacional da Educação; 6).
- Miller, Audrey (1985) – The relationship between nursing theory and nursing practice. “Journal of Advanced Nursing”, Oxford: vol (10), pp.417-424.
- Mintzberg, Henry (1996) – Estrutura e dinâmica das organizações. Lisboa: Círculo de Leitores; 537p.
- Ministério da Saúde (1997) – Nursing in Portugal. Lisboa: Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 54 + XXXVIIp.
- Munhall, Patrícia L. e Oiler, Carolyn J. (1986) – Nursing research. A qualitative perspective. Norwalk: Appleton Century Crofts, XVI + 288p.
- Newman, M. A. (1991) – Prevailing Paradigms in nursing. Nursing Outlook, 40 (1), pp.10-13.
- Nóvoa, António (1988) – A formação tem de passar por aqui: As histórias da vida do projecto PROSALUS. In: O método (auto) biográfico e a formação. (Coord. António Nóvoa e Matthias Finger). Lisboa, DRH do Ministério da Saúde, pp. 107-130.
- Nunes, Ana Margarida C. et al (1990) – Plano de estudos do curso superior de enfermagem. Santarém, Escola Superior de Enfermagem, mimeog.
- OMS (1990) – Systèmes de formation continue priorité au personnel de santé du district. Série de rapports techniques. 803. Genève.
- Orem, Dorothea E. (1987) – Soins infirmier: les concepts et la pratique. Montréal: Decorie, 359p.
- Pain, A. (1990) – Education informelle. Les effects formateurs dans le quotidien. Paris: L'Harmattan.

Pearson, Alan e Vaughan, Barbara (1986) – Modelos para o exercício de enfermagem. Londres: Heineman Nursing, 178p.

Peixoto, João (1989) – Alguns dados sobre o ensino superior em Portugal. Revista Crítica de Ciências Sociais. Lisboa (27/28), Jun. pp.167-188.

Petit, André (1989) – Les infirmières. De la vocation à la profession. Montréal: Boréal, 409p.

Pierre, C. M. (1993) – Apprendre par la formation en alternance. Education Permanente. 115, pp. 141-151.

Pinto, José Madureira – Escolarização, relação com o trabalho e práticas sociais. In: Stöer, Stephen R. (org.) – Educação em ciências sociais e realidade portuguesa – uma abordagem pluridisciplinar. Porto: Edições Afrontamento.

Pinto, José Madureira e Silva, Augusto Santos (1986) – Metodologia das ciências sociais. Porto: Edições Afrontamento, 322p.

Portugal. Ministério do Interior – Decreto-Lei nº 36219. Reorganiza o ensino de enfermagem. “Diário do Governo”. Lisboa, I Série (80) 10 de Abril 1947.

Portugal. Ministério do Interior – Decreto-Lei nº 38: 884/52. “Diário do Governo”, Lisboa, 2º semestre de 1952, p.117-120.

Portugal. Ministério da Saúde e Assistência – Decreto-Lei nº 46448. “Diário do Governo”, Lisboa, I Série (160) 20 Jul. 1965, p. 1023-1024.

Portugal. Ministério da Saúde e Assistência – Portaria nº 34/70. Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem. “Diário do Governo”, Lisboa, I Série (11) 14 Jan. 1970, p. 58-64.

Portugal. Ministério dos Assuntos Sociais – Decreto Lei nº 98/79 – Fixa as condições de admissão no curso de enfermagem geral. “Diário da República”, Lisboa, I Série (206) 6 Set. 1979, p. 2222.

- Portugal. Assembleia da República – Lei nº 40/86. Lei de Bases do Sistema Educativo. “Diário da República”, I Série (237). 14 de Out.. de 1986, p.3067-3081.
- Portugal. Ministério da Saúde - Despacho do Sr. Secretário de Estado Adjunto da Ministra da saúde de 24 Set. 87. “Diário da República”, Lisboa, I Série. 24 de Setembro 1987.
- Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 480/88. Estabelece a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico. “Diário da República”, I Série (295), 23 Dez. 1988, p.5070-5072.
- Portugal. Ministério da Educação e da Saúde – Portaria nº 195/90. Regulamenta o Curso de Bacharelato em Enfermagem. “Diário da República”, Lisboa, I Série (64) 17 Mar. 1990, p.1331-1334.
- Portugal. Assembleia da República – Lei nº 54/90. Estatuto e Autonomia dos estabelecimentos de ensino superior politécnico. “Diário da República”. Lisboa, I Série (205) 5 de Set. 1990.
- Portugal. Ministério da Saúde – Decreto-Lei nº 205/95. Define o regime de autonomia e de gestão aplicável às escolas superiores de enfermagem. “Diário da República”, Lisboa. I Série A (182), 8 Agos. 1995, p.4973-4976.
- Portugal. Assembleia da República – Lei nº 115/97. Altera a Lei de Bases do Sistema Educativo. “Diário da República”, Lisboa. I Série A (217) 19 Set. 1997.
- Resende, José e Vieira, Maria Manuel (1992) – Autonomia e dependência do ensino politécnico. Lisboa: Sociologia Problemas e Práticas. 11, pp. 89-110.
- Reverby, S. (1987) – A Caring Dilemma: Womanhood and nursing in historical perspective. Nursing Research. 36 (1), pp. 5-11.
- Ribeiro, Lisete F. (1995) – Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento socio-moral. Lisboa: Educa, 109p.

- Rodrigues, Maria de Lurdes (1997) – Sociologia das profissões. Oeiras: Celta Editora, 166p.
- Rose, J. (1992) – Des enjeux techniques de l’alternance. In: les formations en alternance. Paris: La Documentation Française, pp. 35.42.
- Rowland, Robert (1987) – Antropologia, história e diferença. Porto: Edições Afrontamento.
- Santos, Boaventura Sousa (1994) – Pela mão de Alice, o social e o político na pós-modernidade. Porto: Edições Afrontamento. Biblioteca das Ciências Humanas, 299p.
- Santos, Boaventura Sousa (1995) – Introdução a uma ciência pós-moderna, (4ª ed.), Porto: Edições Afrontamento. Biblioteca das Ciências do Homem. 199p.
- Serra, J. Antunes et al (1982) – Repensando o ensino superior e a investigação científica em Portugal. Lisboa: Multinova, 229p.
- Silva, Augusto Santos (1988) – Entre o sentido e a razão – Durkheim, Weber e a teoria das ciências sociais, (2ª ed.) Porto: Edições Afrontamento, 187p.
- Soares, Maria Isabel (1997) – Da blusa de brim à touca branca. Contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950). Lisboa: Educa – APE, 135p.
- Sousa, Mariana Diniz (1983) – Evolução do ensino de enfermagem em Portugal nos últimos 25 anos. Servir. Lisboa. 39(2) ;Mar/Abr., pp.89-103.
- Spradley, James (1980) – Participant observation. Orlando: HBJ. 275p.
- Stahl, T. et al (1993) – A organização qualificante. Uma visão para o desenvolvimento dos recursos humanos. Eurotecnet, Comissão da Comunidade Europeia.
- Stöer, Stephen R. (org) (1991) – Educação, Ciências Sociais e realidade portuguesa. Uma abordagem pluridisciplinar. Porto: Edições Afrontamento, 230p.

Strauss, Anselm (1992) – La trame de la negotiation. Sociologie qualitative et interactionnisme. Paris: Éditions L'Harmattan. 311p.

Watson, Jean (1987) – Filosofia y teoria de los cuidados humanos en enfermeria de Watson, In: Sisca, J. Riehl et al – Modelos conceptuais de enfermeria. Barcelona: Doyma.

Wong, J. e Wong, S. (1987) – Towards effective clinical teaching in nursing. Journal of Advanced Nursing, (12), pp. 505-513.

Vala, J. (1986) – Análise de conteúdo. In: Metodologia das ciências sociais. Porto: Edições Afrontamento. Pp.101-128.

ANEXOS

Anexo I – Cartas ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital

Anexo II – Caracterização dos actores investigados

Anexo III – Objectivos e explicitação das entrevistas

Anexo IV – Objectivos e guião de observação participante

OBJECTIVOS

- Obter informação sobre a formas de organização do trabalho num contexto específico de internamento hospitalar.

- Identificar o papel do doente como produtor de cuidados, de acordo com o seu grau de independência.
- Identificar características das relações profissionais inter-grupos, no âmbito do processo de cuidados.

O “aide memoire” referido anteriormente foi organizado e desenvolvido em torno de três dimensões:

- Organização do trabalho num serviço de internamento de Medicina
- Estratégias e práticas no âmbito do processo de cuidados, num serviço de internamento.
- Estatuto da organização na dinâmica das relações de trabalho.

Considerámo-lo como “matriz” para as questões abertas que foram colocadas, numa perspectiva de se solicitarem razões ou fundamentações, e não uma posição definitiva sobre os aspectos que colocamos à reflexão (Seltiz, p.24). Consideramos estas questões mais como estímulos aos entrevistados no sentido não de uma resposta positiva ou negativa, mas essencialmente, e que opiniões possuíam sobre o assunto.

As entrevistas foram realizadas por nós, conforme referido anteriormente e de acordo com acesso descrito em capítulo anterior.

Pensamos que o facto de termos desenvolvido investigação com utilização desta técnica em estudo anterior, se constituiu como ponto forte para o desenvolvimento destas entrevistas. Fizémo-las segundo uma matriz previamente preparada e testada, utilizando gravador audio, após consentimento dos entrevistados e lhes ter sido garantido o anonimato das suas declarações.

Em virtude do nosso estudo se desenvolver em contexto conhecido, tivemos presente a necessidade de um planeamento adequado das entrevistas, por forma a garantir a qualidade dos dados produzidos.

No início da entrevista, informamos o entrevistado sobre o estudo que estamos a desenvolver, quais os objectivos, bem, como o tempo previsto para a entrevista, tendo sido reiterada a solicitação para participar no estudo, o que aconteceu afirmativamente em todos.

Assumimos o postulado por Ghiglione (p.84), quando introduzimos um tema no início da entrevista, por forma a permitir ao entrevistado interpretá-lo a partir do seu próprio

quadro de referência, procurando não fornecer demasiadas explicações que apenas aumentam a curiosidade do informante, ou a suspeita.

Considerando o facto de termos actores diferentes na amostra de entrevistados (enfermeiros, médicos e auxiliares de acção médica) atribuímos especial importância à circunstância do entrevistado centrar-se na sua própria experiência, definindo assim o papel do entrevistado como de alguém a quem as questões são colocadas, mas de quem não se espera que dê “uma resposta correcta sobre o assunto, o que queremos saber é a sua opinião sobre a questão que é colocada”.

Considerando ainda a referida diversidade, embora partindo de um esquema comum, a linguagem foi adequada ao grupo a que nos dirigíamos (enfermeiros, médicos e essencialmente auxiliares de acção médica).

As entrevistas decorreram nos meses de Julho a Setembro de 1997, em ambiente seleccionado de acordo com os interesses dos entrevistados, tendo-se o entrevistador deslocado para a realização de cada entrevista cerca de 140 Km.

Todas as entrevistas foram gravadas, tendo-se constituído um arquivo audio para o efeito. A duração de cada entrevista variou desde os 20 minutos aos 50 minutos, num total de 9 entrevistas.

Acordou-se ainda com os entrevistados que o texto resultante da entrevista poderia ser entregue a cada um dos entrevistados concedendo-lhes a possibilidade de comentários anexos à leitura, se o próprio o desejasse ou o investigador o considerasse como necessário.

- Identificar as características da organização do trabalho (processo de cuidados) numa unidade de internamento.
- Caracterizar a participação dos doentes no processo de cuidados.
- Relacionar os tipos de doentes com o grau de participação no processo de cuidados.

- Analisar as relações de trabalho entre os diferentes actores, numa unidade de internamento.

CARACTERIZAÇÃO DOS ACTORES INVESTIGADOS

Categoria profissional	Sexo	Idade	Tempo de exercício profissional			Local da formação
			<i>Na unidade</i>	Outros serviços	Total	

Enfermeiro	F	35	3 A	-	3 A	ESES
“	F	23	2 A	-	2 A	ESES
“	F	25	3,5 A	-	3,5 A	ESES
“	F	34	2 A	6 A	8 A	ESES
“	F	31	7 A	-	7 A	ESECB
“	F	40	9 A	11 A	20 A	ESEV
“	F	31	9 A	-	9 A	ESES
“	F	25	2 A	1,5 A	3,5 A	ESES
“	F	28	5,5 A	-	5,5 A	ESES
“	M	23	1 A	1 A	2 A	ESECB
“	F	25	3 A	-	3 A	ESES
“	F	28	2 A	2 A	4 A	ESEP
“	F	27	7 A	-	7 A	ESECB
“	F	29	7 A	-	7 A	ESEP
“	F	29	7 A	-	7 A	ESEP
“	F	26	4 A	-	4 A	ESES
“	F	43	14 A	4 A	18 A	ESESJC
“	F	27	3 A	-	3 A	ESES
“	F	28	7 A	-	7 A	ESES
”	F	26	2 A	2 A	4 A	ESEPD
Médico	M	49	15 A	-	15 A	HDA
"	M	36	4 A	-	4 A	HDA
"	F	39	11 A	-	11 A	HDA
Aux. Acção de	F	47	12 A	-	12 A	HDA
Médica	F	41	23 A	-	23 A	HDA
"	F	29	5 A	-	5 A	HDA
"	F	33	5 A	-	5 A	HDA
"	F	36	11 A	-	11 A	HDA

